

LA CURE
DES
Fistules vésico-vaginales opératoires

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MÉDECINE »

PAR

M^{me} SMILYANITCH, née MILITCHEVITCH, Radmila

Née le 8 janvier 1893, à Planinitza (Serbie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. VAUTRIN, professeur.....	Président.
		ANDRÉ, professeur.....	Juges.
		BINET, agrégé.....	
		JOB, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE NANCEIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1922

LA CURE
DES
Fistules Vésico-vaginales opératoires

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 20 Décembre 1922

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MEDECINE »

PAR

M^{me} SMILYANITCH, née MILITCHEVITCH, Radmila

Née le 8 janvier 1893, à Planinitza (Serbie)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VAUTRIN, professeur.....	Président.
ANDRÉ, professeur.....	
BINET, agrégé.....	Juges.
JOB, agrégé.....	

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE NANCEIENNE, 15, RUE DE LA PEPINIÈRE

1922

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O ✱, I ☼.

Assesseur : E. SIMON, ✱, I ☼.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✱, I ☼.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I ☼; PRENANT, ✱, I ☼; F. GROSS, O ✱, I ☼.
CHRÉTIEN, I ☼; HERRGOTT, O ✱, I ☼.

Professeurs : MM.

Chimie médicale et toxicologie.....	L. GARNIER, I ☼.
Hygiène.....	E. MACÉ, ✱, I ☼.
Physiologie.....	E. MEYER, O ✱, I ☼.
Clinique médicale.....	E. SIMON, ✱, I ☼.
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, I ☼.
Médecine légale.....	P. PARISOT, O ✱, I ☼.
Clinique des maladies des enfants.....	P. HAUSHALTER, ✱, I ☼.
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ, ✱, I ☼.
Clinique médicale.....	G. ETIENNE, ✱, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN, ✱, I ☼.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	L. SPILLMANN, ✱, I ☼.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	R. FRÖELICH, ✱, I ☼.
Physique médicale.....	M. LAMBERT, I ☼.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUHNHOLZ, ✱, I ☼.
Histologie.....	R. COLLIN, ✱, I ☼.
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN, ✱, I ☼.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES, ✱, I ☼.
Clinique des voies urinaires.....	P. ANDRÉ, ✱, I ☼.
Clinique chirurgicale.....	G. MICHEL, ✱, I ☼.
Médecine opératoire.....	N...

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique des maladies des vieillards.....	L. RICHON, ✱, I ☼, agrégé libre.
Pathologie interne.....	L. RICHON, ✱, I ☼, agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	S. REMY, I ☼, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, I ☼, agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, I ☼, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O ✱, I ☼, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	J. PARISOT, O ✱, I ☼, agrégé.
Pathologie externe.....	A. BINET, I ☼, agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	L. CAUSSADE, A ☼, agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, A ☼, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE, I ☼.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	M. BARTHÉLEMY, ✱, I ☼.
Cours d'hydrologie.....	M. PERRIN, I ☼.
Clinique d'électrothérapie.....	N.

Agrégés en exercice

MM. H. ROBERT, I ☼.	MM. J. PARISOT, O ✱, I ☼.	MM. P. JEANDELIZE, A ☼.
A. BINET, I ☼.	C. FAIRISE, A ☼.	L. CAUSSADE, A ☼.
M. PERRIN, I ☼.	P. MATHIEU, A ☼.	M. BARTHÉLEMY, ✱.
G. THIRY, ✱, I ☼.	L. JOB, ✱, I ☼.	I ☼.

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O ✱, I ☼; G. GROSS, ✱, I ☼; RICHON, ✱, I ☼;
S. REMY, I ☼; BUSQUET, I ☼.

M. H. COIFFARD, I ☼, Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✱, ☉, I ☼, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.

A MON MARI

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR VAUTRIN

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il veuille bien croire à notre vive
reconnaissance pour l'accueil bien-
veillant qu'il nous a toujours té-
moigné et pour l'enseignement
qu'il nous a donné.

A MES JUGES

M. LE DOCTEUR ANDRÉ

Professeur de Clinique des voies urinaires
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JOB

Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Pour la cure des fistules vésico-vaginales post-opératoires, Legueu utilise pour la première fois en 1914 la voie transpéritonéo-vésicale. La même année, dans son article : « De la voie transpéritonéo-vésicale pour cure de certaines fistules vésico-vaginales », paru dans les *Archives urologiques de la clinique de Necker*, il en décrit une bonne technique opératoire et propose son application dans certains cas. Et voici comment il a eu l'idée de recourir à ce procédé pour traiter la fistule :

« Lorsque, au cours d'une hystérectomie abdominale, la vessie a été ouverte, et qu'elle s'est mise en communication avec le vagin; lorsque, à l'opération, a succédé enfin une fistule vésico-vaginale, pourquoi ne pas suivre, pour la guérir, la voie même d'où elle est résultée, la voie abdominale, qui permet si facilement d'aborder, de séparer des organes réunis par des adhérences pathologiques?

« En incisant la vessie elle-même par la voie péritonéale, en ouvrant son réservoir en plein milieu de sa face postérieure, on se donnerait un jour lumineux d'exploration sur la fistule, sur ses rapports avec le vagin : il serait peut-être facile d'aborder celle-ci et de la guérir par le dédoublement des deux orifices, et

on serait peut-être plus sûr d'obtenir, avec des péritonisations artificielles, l'indépendance nécessaire des deux orifices.

« Ce sont ces réflexions qui se présentaient à moi en présence d'une femme atteinte d'une fistule vésico-vaginale opératoire : appelé chez elle à choisir, pour une fistule haut située, consécutive à une hystérectomie totale, un procédé opératoire dans les deux ou trois grandes méthodes et dans les voies différentes proposées pour les guérir, j'ai trouvé plus simple, plus logique de remettre, par la même voie, les choses en l'état.

« J'ai fait une laparotomie, puis une taille intrapéritonéale.

« J'ai vu la fistule et, refaisant en sens inverse le chemin qui avait conduit à la créer, je l'ai guérie.

« Telle est l'origine et la raison de cette voie *transpéritonéo-vésicale*. Ce qui est ici nouveau, ce n'est pas tant d'opérer par la voie abdominale, péritonéale, que d'ouvrir préalablement la vessie pour traiter la fistule par sa face postérieure et péritonéale. »

Cette méthode, nous l'avons vu appliquée par notre Maître, M. le professeur Vautrin, pour la cure d'une fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie totale pour cancer. Le procédé opératoire nous a particulièrement intéressé, et M. le professeur Vautrin a bien voulu nous autoriser à en faire le sujet de notre travail inaugural.

C'est qu'en effet, les fistules vésico-vaginales sont une des affections qui ont donné le plus de déceptions à ceux qui les traitent, et il semble qu'avec la tech-

nique chirurgicale que nous étudions ici, le succès répondra aux efforts des chirurgiens. Il y a donc un grand intérêt à faire connaître les résultats qu'elle permet d'obtenir et de souhaiter son emploi de plus en plus fréquent dans les cas où il y a lieu de poser son indication.

De nos jours, la laparotomie est une opération courante. Une asepsie parfaite et facile à réaliser, permet de ne plus redouter les infections péritonéales.

La méthode transpéritonéo-vésicale, qui n'est qu'une modification de celle de Dittel-Forgue, est en somme l'application heureuse de cette dernière aux cas des fistules vésico-vaginales hautes post-opératoires et qui sont par ce fait difficilement accessibles par une autre voie.

Etiologiquement, nous avons quatre grands groupes de fistules vésico-vaginales :

Les fistules vésico-vaginales obstétricales, qui furent pendant longtemps de beaucoup les plus nombreuses, sont devenues rares grâce au progrès de l'art obstétrical.

Les fistules vésico-vaginales traumatiques n'ont jamais été nombreuses.

Les fistules vésico-vaginales spontanées, dues à un processus pathologique le plus souvent néoplasique, sont heureusement de plus en plus rares, grâce aux interventions appropriées et précoces.

Quant à la variété des fistules vésico-vaginales post-opératoires, nous ne pouvons pas en dire autant. Si nous les voyons quelquefois succéder aux hystérectomies totales, c'est que ces interventions imposent

souvent un travail très pénible, même à la main la plus exercée. Dans ce territoire compliqué qu'est le petit bassin de la femme, où il faut séparer les unes des autres les parties les plus délicates profondément modifiées par la maladie, il n'est pas étonnant qu'un coup de ciseaux ou de bistouri aille créer, à l'insu de l'opérateur, une fistule silencieuse pour l'instant, mais qui se réveillera le lendemain. Il n'est pas étonnant, non plus, qu'en séparant la vessie des organes voisins auxquels elle adhère, cette séparation, cette dénudation soit suivie du sphacèle de la paroi vésicale. La chute de l'eschare, la communication du réservoir vésical avec le vagin, et quelques jours après l'opération, la fistule vésico-vaginale est créée.

Voici le plan de notre travail :

Après avoir fait un aperçu historique de la question, nous exposerons l'anatomie topographique et pathologique de la région qui nous intéresse; l'étude clinique viendra ensuite. Dans une deuxième partie, la technique opératoire sera exposée et suivie d'observations. Dans un autre chapitre, trouveront place la discussion et les indications de chaque procédé. Enfin, nous nous efforcerons de dégager quelques conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Depuis longtemps déjà, et dès les premiers essais de traitement opératoire des fistules vésico-vaginales, les chirurgiens n'ont pas cessé de s'intéresser à cette question.

Il va de soi que ce fut par la voie naturelle, la voie vaginale, que l'on voulut tout d'abord guérir les fistules vésico-vaginales et les guérir toutes. Malgré tout, cette voie, tout en restant bonne pour certains cas, se montrait insuffisante pour d'autres. On pensa alors à utiliser la voie haute : Trendelenburg passe par la vessie sans toucher au péritoine; Bardenhauer décolle le péritoine vésical sans passer par la vessie; Dittel et Forgue passent par le péritoine sans entamer la vessie, et enfin, Legueu utilise la voie transpéritonéale en même temps que la voie transvésicale.

La première idée du traitement des fistules vésico-vaginales est née en 1570. C'est à ce moment qu'Ambroise Paré proposa la fermeture de ces fistules par

leur suture directe par coaptation des bords fistuleux. En 1597, il est question encore de la même méthode, et c'est Félix Plater, Fabrice de Hilden, Séverine Pineau qui le signalent.

Au XVII^e siècle et en 1660, Van Roonhuyzen imagine la méthode d'avivement des bords de la fistule et leur suture ensuite. La communication de cette méthode apparaît en 1663.

Mais tout ce qui précède était plutôt des essais du traitement que le traitement vrai, car les méthodes proposées n'aboutissaient presque qu'à des succès. C'est pourquoi, au XVIII^e siècle, les fistules vésico-vaginales commencent à être considérées comme une infirmité incurable. On s'efforce alors de trouver des appareils, afin d'éviter l'écoulement des urines par le vagin et procurer de cette manière aux malades un état un peu plus supportable. Ainsi, en 1790, on invente l'urinal et le trou d'Enfer de J.-L. Petit. Désault et Chopart laissent la sonde à demeure dans la vessie, en même temps qu'ils font un tamponnement permanent du vagin. Au XVIII^e siècle, nous ne trouvons aucun essai de traitement plus radical de cette insupportable infirmité.

Au début du XIX^e siècle, Dupuytren essaie sans succès la cautérisation de la fistule vésico-vaginale au fer rouge. En 1824, Lallemand de Montpellier imagine une sonde érigée se fixant sur la fistule après avoir procédé à son avivement par la cautérisation. Puis, en 1829, on invente l'érigée double vaginale (Lau-gier, Dupuytren).

En l'année 1834, Jobert de Lamballe exécute pour

la première fois son procédé d'élytrophastie. La fistule est oblitérée à l'aide d'un lambeau emprunté aux grandes lèvres, à la cuisse ou à la fesse. Velpeau, Leroy d'Etiolles, Gerdy l'imitent. Comme cette méthode se montrait insuffisante, Jobert eut l'idée de lui substituer le procédé de cystoplastie vaginale par glissement, opération qu'il exécute pour la première fois et avec succès, en 1845.

Presque en même temps (1842), Vidal de Cassis pratique la fermeture de la vulve pour empêcher ainsi que les urines y passent, et appelle ce procédé l'Episioraphie. En 1845, Bérard l'imité et modifie l'intervention de Vidal en ce sens qu'au lieu de fermer la vulve, il oblitère le vagin au-dessous de la fistule, ce qui constitue le colpocleisis.

En 1852, en Amérique, Marion Sims propose la méthode d'avivement, et c'est la méthode dite américaine qui a été très en vogue pendant un certain temps. C'est en réalité la méthode des anciens que Marion Sims reprend et dont il règle un bon manuel opératoire. Avant de suturer la fistule, il fait l'avivement de ses bords. Il signale beaucoup de succès; son élève Bozemann de Montgomery importe cette méthode en Europe et notamment, en 1858 en France. Follin et Verneuil la vulgarisent dans ce pays en 1860.

La méthode américaine marque une étape considérable dans l'évolution de la question du traitement des fistules vésico-vaginales. Mais, à côté de succès incontestables, il y avait encore de nombreux échecs attribués surtout à ce que les sutures sautaient, tendues

qu'elles étaient par la capacité vésicale réduite. De ce fait, nous voyons encore les opérateurs recourir au colpocleisis; mais celui-ci exposait à de graves complications, telles que: infection vésicale, infections urétérale et rénale ascendantes, formation de calculs dans la poche vaginale, puis l'infection ascendante de l'appareil génital.

Alors apparaît le procédé à lambeaux par dédoublement, fait par Duboué. Les chirurgiens recourent dès lors, les uns au procédé américain, les autres au procédé du dédoublement; quelques-uns utilisent aussi le colpocleisis.

Dans le traitement de fistules vésico-vaginales basses, ou de fistules vésico-vaginales hautes abaissables, la méthode vaginale donnait de beaux succès. Mais, pour guérir les fistules hautes et inabaissables, on constate de nombreux échecs. Le procédé de *cystoraphie interne*, proposé et exécuté par Trendelenburg en 1881, pour la première fois, et en 1884, pour la deuxième fois, quoique sans succès, marque un moment important dans l'histoire du traitement des fistules vésico-vaginales. En effet, c'est Trendelenburg qui, le premier, utilise la voie transvésicale pour la guérison des fistules vésico-vaginales, la voie qui, malgré les insuccès du début, rendra de grands services pour remédier à cette infirmité pénible. En 1888, 1889 et en 1892, le même auteur obtient trois succès dans trois interventions consécutives. La position inclinée, due au même auteur, contribue pour beaucoup au succès de ces opérations, et est en même temps d'une importance considérable pour la chirur-

gie pelvi-abdominale. En France, c'est Pousson qui, le premier, pratique cette opération en 1894. Duplay donne les détails du manuel opératoire de cette méthode en 1896.

En 1891, Bardenhauer traite la fistule vésico-vaginale en décollant le péritoine de la paroi vésicale et, arrivant au niveau du vagin, il poursuit le décollement des deux orifices fistuleux.

Nous mentionnerons seulement les différents essais d'occlusion des fistules vésico-vaginales à l'aide des organes voisins : interposition dans l'orifice fistuleux du corps de l'utérus, du rectum, de la paroi postérieure de la vessie en prolapsus; incarcération du col de l'utérus dans la vessie pour les fistules hautes juxta-cervicales; dérivation des urines par le rectum et fermeture du vagin; enfin, la voie ischio-rectale, préconisée par Michaux au Congrès de Chirurgie, en 1892.

Au XIII^e Congrès français de Chirurgie, en 1899, Braquehayé décrit un nouveau procédé de traitement des fistules vésico-vaginales par la voie vaginale, qui combine avantageusement et la méthode américaine de l'avivement, et la méthode française du dédoublement. C'est le procédé de Braquehayé ou de Fergusson (1893), Bishop (1895), Braquehayé (1899), ou du retournement d'après Legueu, ou à collerette vaginale, comme l'appelle Chapoy dans sa thèse.

Pour les fistules vésico-vaginales hautes et difficilement accessibles par le vagin, la voie haute transvésicale, avec une technique opératoire de mieux en mieux réglée, donne de plus en plus de succès. Avec

l'emploi de l'écarteur vésical de Legueu, l'intervention est rendue moins difficile.

Nous signalons seulement l'accès possible des fistules vésico-vaginales hautes et difficilement abaissables par le débridement vulvaire de Chaput ou, pour les fistules obstétricales hautes surtout, par incision du cul-de-sac vaginal permettant la séparation et la mobilisation des deux organes : de la vessie et de l'utérus.

En 1893, Dittel, à Bonn, et en 1904, Forgue, en France, sans connaître le procédé de Dittel, proposent la *voie transpéritonéale* dans le traitement des fistules vésico-utéro-vaginales.

En 1914, Legueu applique cette dernière voie modifiée, en appelant le procédé *transpéritonéo-vésical*, dans un cas de fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie, donc fistule haute et difficile à guérir, et propose son emploi dans des cas semblables.

CHAPITRE II

Anatomie topographique. — Anatomie pathologique.

D'une longueur moyenne de 7 à 8 centimètres, d'une largeur de 24 à 25 millimètres, et formant une cavité virtuelle par l'accolement de ses deux parois, l'antérieure et la postérieure, le vagin se trouve en arrière de la vessie et de l'urètre, en avant du rectum. En haut, il s'insère sur le col de l'utérus, traverse ensuite la partie inférieure de l'excavation et, cheminant à travers l'entonnoir formé par les muscles releveurs, il arrive au périnée antérieur pour venir bientôt se terminer en bas, au-dessus de la vulve dans laquelle il débouche. En se dirigeant de haut en bas presque verticalement, le vagin décrit une légère courbure dont la concavité regarde en avant, et un peu en haut.

Le vagin se trouve contenu dans une sorte de loge de tissu cellulaire, qui le sépare des organes voisins. En bas, cette loge est fermée par l'adhérence du vagin au périnée; dans sa moitié inférieure, elle est très serrée, et la paroi antérieure du vagin correspondant à l'urètre lui est pour ainsi dire fusionnée. Au cours d'une intervention chirurgicale sur cette région, il est impossible de disséquer ces deux parois. La moitié supérieure de cette loge est constituée par un

tissu cellulaire moins dense, et elle se continue largement en haut avec le tissu cellulaire de l'espace péri-utérin. Dans cette partie, la paroi antérieure du vagin se laisse aisément disséquer de celle correspondante de la vessie, excepté dans le cas où il y a une altération pathologique importante de cette région modifiant profondément la structure normale de ce tissu.

C'est cette moitié supérieure de la cloison vésico-vaginale, haute de trois centimètres, épaisse de six à huit millimètres à l'état normal, qui nous intéresse particulièrement au point de vue de ses rapports. L'utérus étant en place, nous connaissons parfaitement le rapport du réservoir vésical avec l'appareil génital. Ainsi, le trigone vésical répond au triangle de Pawlik. Le sommet de ce triangle nous indique l'endroit où se trouve le sphincter vésical. Les angles de la base du triangle correspondent aux orifices urétéraux. Au-dessus du triangle de Pawlik, la paroi antérieure du vagin, formant le cul-de-sac antérieur, est en rapport avec le bas-fond de la vessie. Plus haut encore, ce dernier continue à être en rapport avec la portion sus-vaginale du col utérin. La face postérieure de la vessie, qui fait suite au bas-fond, est tapissée par le péritoine. Elle se trouve séparée de la face antérieure de l'utérus, revêtue elle aussi du péritoine, par le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin s'insinuant entre ces deux organes.

Les uretères, avant de venir disparaître dans la paroi vésicale, cheminent latéralement au col utérin, atteignent les parois vaginales latérales un peu

au-dessus des culs-de-sac latéraux, les croisent, abordent la paroi vaginale antérieure et la parcourent sur une longueur de 15 à 18 millimètres. Dans cette dernière portion, ils cheminent dans l'épaisseur du tissu conjonctif, qui réunit le vagin au bas-fond vésical, et se trouvent ainsi en rapport direct avec ces deux organes. °

Après une hystérectomie totale, les rapports des organes du petit bassin se trouvent changés. L'utérus, son col et la portion variable de la partie supérieure du vagin sont enlevés. Le dôme vaginal est maintenant constitué par un cul-de-sac cicatriciel plus ou moins régulier, plus ou moins symétriquement situé. Dans le cas d'une fistule vésico-vaginale post-opératoire, c'est par un pertuis plus ou moins large, situé entre les brides cicatricielles tout au fond du vagin, que nous voyons sourdre l'urine à l'occasion d'un examen au spéculum; c'est en dirigeant le stylet dans ce fond inodulaire que nous pénétrons dans l'orifice fistuleux; c'est enfin par cet orifice immobilisé sur place par des adhérences que nous voyons s'écouler le liquide coloré injecté dans la vessie. Le trigone vésical n'est plus si facilement repéré par le vagin, car le triangle de Pawlik n'existe plus ou n'existe que partiellement. Nous savons qu'au-delà du trigone vésical se trouve situé le bas-fond de la vessie qui, décollé de la partie supérieure de la paroi vaginale antérieure, ainsi que de l'utérus, se trouve maintenant en rapport avec le fond cicatriciel du vagin et n'est plus éloigné de la paroi rectale antérieure, les

anciens culs-de-sac de Douglas et vésico-utérin ne faisant plus qu'un.

La portion pelvienne des uretères n'a plus ses rapports normaux et se trouve englobée en partie dans la masse cicatricielle post-opératoire entre le moignon vaginal et le bas-fond vésical.

L'utérus, les annexes et les ligaments larges n'existant plus, les anses intestinales sont libres de venir se loger dans le fond de l'excavation et de s'y fixer très souvent par des adhérences dont aucune règle ne peut prévoir la modalité et, de ce chef, les surprises les plus inattendues peuvent être réservées au chirurgien qui intervient. L'épiploon lui-même peut être englobé dans ces adhérences cicatricielles. Une laparotomie pour la cure d'une fistule vagino-intestinale nous permet de constater une variété de ces adhérences et les rapports respectifs des organes voisins (Obs. III). On aperçoit au fond du bassin une anse grêle coudée à angle aigu, adhérente et recouverte en partie à gauche par le gros intestin. Ce dernier n'est fixé que par quelques petites adhérences faciles à disséquer. L'anse intestinale grêle est adhérente au vagin par le sommet de sa coudure, et elle ne peut en être détachée que peu à peu aux ciseaux, en emportant un peu de la paroi vaginale. Les deux portions coudées de l'anse sont adhérentes et accolées entre elles sur une longueur de 5 à 6 centimètres, en canon de fusil.

* * *

Au point de vue anatomo-pathologique, la fistule

résulte d'une perte de substance créant ainsi une communication anormale entre le vagin et la vessie, la vessie et l'utérus, etc. Le plus souvent, la fistule vésico-vaginale est médiane par rapport à la paroi vaginale antérieure, mais aussi elle peut siéger latéralement et serait, d'après les auteurs, plus fréquente à droite. Elle est généralement unique, mais néanmoins on peut en observer plusieurs (Obs. III). Les fistules sont de grosseur très variable : depuis les petites admettant à peine une sonde fine, on en a observé qui aboutissent à la destruction presque complète de la cloison vésico-vaginale. Le plus souvent de forme ovale ou elliptique, elles peuvent aussi être irrégulières ou étoilées. Leur direction est transversale ou légèrement oblique.

Dans le cas de fistules vésico-vaginales récentes, leur bord est souple. Il est constitué par la continuité de deux muqueuses : vésicale et vaginale. Les fistules anciennes ont leurs bords moins souples, plus épais, voire même scléreux et durs. Cette sclérose peut, avec le temps, gagner la cloison vésico-vaginale tout entière. Le plus souvent, on voit la muqueuse vaginale s'enrouler en dedans et former ainsi une sorte d'entropion, suivant l'expression de Verneuil. La muqueuse vésicale la tapisse, en sorte qu'elle déborde vers le vagin et, dans le cas de fistules larges, elle y fait une véritable hernie, se montrant à l'œil de l'examineur sous forme d'un bourrelet rougeâtre. Quelquefois même, les orifices urétéraux peuvent être entraînés vers le vagin.

À côté des lésions de la fistule elle-même, il est très

important de signaler les lésions concomitantes. Se superposant à ces premières, elles augmentent leur gravité et rendent en même temps l'intervention plus délicate. Tout d'abord, l'écoulement anormal de l'urine par le vagin finit par irriter celui-ci, et ses parois deviennent le siège d'une inflammation chronique. Une partie de la fistule peut se cicatriser et rétracter plus ou moins la paroi vaginale de ce côté, d'où formation des brides, déviation des fistules plus ou moins latéralement. Les cicatrices de déchirures ou de sphacèles antérieures du vagin au cours des accouchements peuvent encore compliquer cet état.

Le vagin étant un milieu septique, la vessie ne tardera pas à s'infecter à son tour et une cystite chronique s'instituera. N'ayant plus l'habitude de se distendre, elle va se rétracter. Il est possible que l'infection se propage aux uretères et aux reins. En suivant cette voie ascendante, l'infection vaginale peut gagner progressivement le col utérin, le corps de l'utérus et peut même atteindre les annexes et exposer ainsi la malade à une série de complications bien graves.

* * *

Dans le cas particulier de fistules vésico-vaginales opératoires, la communication anormale entre la vessie et le vagin peut résulter :

1^o D'une blessure au cours de l'opération. Cette blessure peut être remarquée et suturée aussitôt, ou elle peut passer inaperçue, d'où :

a) Fistules vésico-vaginales résultant de blessure opératoire dont la fermeture ne tient pas;

b) Fistules vésico-vaginales résultant de blessure opératoire passée inaperçue.

2^o La fistule vésico-vaginale peut être consécutive à la suite de la chute secondaire d'une escarre.

C'est surtout dans ce dernier cas que la perte de substance peut être large, et nous en avons un très bel exemple dans notre observation n^o II. Cette fistule, d'un diamètre transversal de 8 centimètres et d'un diamètre antéro-postérieur de 6 centimètres, se trouve au niveau du bas-fond vésical et remonte même sur la paroi vésicale postérieure. En général, la fistule consécutive à une escarre siège au niveau de la zone exposée à l'action chirurgicale et dépend de l'étendue et de la ténacité des adhérences qui unissaient anormalement la vessie aux organes voisins. Cette apparition de la fistule vésico-vaginale par chute d'escarre après la ligature des hypogastriques, semble nous permettre de penser à un rapport direct de cause à effet. Et nous nous demandons si cette ligature, qui rend l'intervention moins sanglante, ne favoriserait pas la nécrose du tissu déjà contusionné de la paroi vésicale. Cette nécrose peut se compliquer de sphacèle du tissu cellulaire pelvien.

La cicatrisation consécutive à la chute de l'escarre se manifeste alors par la formation de tissu fibro-cicatriciel qui, par l'importance de son développement, détermine des rétractions irrégulières et des modifications anatomo-pathologiques importantes vis-à-vis des tissus voisins. Il en résulte une fistule de forme irrégulière à bordure scléreuse et cicatri-

cielle, accompagnée d'absence d'élasticité des tissus voisins.

Dans le cas de drainage à la fois vaginal et abdominal après les hystérectomies, la zone cicatricielle peut être étendue à tout le pelvis, et nous avons alors des trachis fibreux reliant la fistule à la ceinture pelvienne.

Si, après l'intervention, on fait une péritonisation basse de la surface cruentée, les circonstances sont plus favorables, car la zone cicatricielle est moins étendue.

La perte de substance peut s'abaisser jusqu'à la base du triangle de Pawlik, et un ou les deux uretères peuvent se trouver intéressés. Dans le cas opéré par M. le professeur André, nous voyons la perte de substance descendre même sur le trigone vésical, et à côté d'une fistule principale on constate l'existence de trois autres fistulettes scléreuses. Dans la même observation, l'abouchement de l'uretère droit n'était pas repérable par suite de son englobement dans le tissu cicatriciel.

Les cicatrices vaginales, de leur côté, peuvent cloisonner le vagin, le déformer, le fermer plus ou moins complètement, etc. La sclérose cicatricielle voisine gagne aussi sa paroi, et nous pouvons nous trouver dans un bloc cicatriciel immobile de toutes parts. Cette déformation vaginale est souvent signalée dans les observations de fistules vésico-vaginales. C'est elle qui nécessite un traitement préparatoire soigné, très long dans certains cas, n'écartant souvent que partiellement les difficultés opératoires, telles les dila-

tations, les sections des brides, les autoplasties préliminaires, préparations par les boules de Boze-mann, etc.

De plus, comme dans les opérations pour cancer utérin, on n'enlève pas seulement l'utérus et son col, mais encore une portion variable du vagin. La perte de substance vésicale se trouve allongée et le siège de la fistule modifié. Celle-ci peut se trouver alors au-dessus d'un vagin raccourci, dans un foyer cicatriciel susjacent.

En somme, ce qui ressort de cette courte étude anatomo-pathologique, ce sont les faits suivants :

1^o Disparition des rapports normaux de la vessie et des uretères avec les autres organes ;

2^o Création d'un champ cicatriciel sclérosant et rétractil étendu, au milieu duquel les repères font défaut ;

3^o La région où se trouve la fistule est fixe au milieu des adhérences, et cette fixité a une grande importance pour le choix du procédé opératoire. Nous y reviendrons plus loin.

CHAPITRE III

Étude clinique

a) SYMPTOMES

Le symptôme pathognomonique de fistule vésico-vaginale est l'écoulement de l'urine par le vagin. Aussitôt après une hystérectomie ou une déchirure au cours de l'accouchement, ou quelques jours plus tard à la suite d'une escarre, on constate que le pansement vulvaire est mouillé.

La quantité d'urine s'écoulant par le vagin dépend du siège et des dimensions de la fistule. Si la fistule se trouve au niveau du bas-fond, la malade gardera ses urines plutôt en restant debout, et les perdra étant couchée. Au contraire, quand la fistule est plus basse, quand elle se trouve en avant de la ligne inter-urétérale, la malade peut ne perdre ses urines qu'étant debout et les garder dans la position couchée, les urines s'accumulant dans ce cas au niveau du bas-fond vésical. Lorsque la fistule siège latéralement, la malade peut ne pas perdre ses urines en se couchant du côté opposé à l'orifice fistuleux. Cet écoulement intermittent est observé dans le cas de fistules de relativement petites dimensions, car dans les fistules larges, l'écoulement d'urine par le vagin est continu.

Quand le vagin et la vulve sont étroits, les malades peuvent arriver à retenir leurs urines au fond du vagin, en contractant les constricteurs de la vulve et en serrant les cuisses.

A l'examen des malades atteintes d'une fistule vésico-vaginale, on constate l'irritation de la vulve et du vagin par l'écoulement urinaire anormal; même, l'irritation peut se propager à la face interne des cuisses, et on voit les malades souffrir atrocement.

Les urines, claires au début, s'il n'y a pas eu une infection antérieure des voies urinaires, deviennent troubles et peuvent contenir du pus à la suite d'infection propagée du vagin à la vessie, et de là aux reins. En effet, la malade est exposée, à la longue, à de graves complications ascendantes des appareils urinaire et génital. Ces malades exhalent une odeur urineuse très désagréable.

Malgré cet état de choses, les auteurs signalent la possibilité de fécondation (cas de Zweifel), et ont vu même la grossesse et l'accouchement s'effectuer dans de bonnes conditions.

Dans le cas particulier de fistules vésico-vaginales opératoires, nous pouvons voir, comme nous l'avons déjà dit, la fistule suivre immédiatement l'intervention, et le symptôme principal sera dans ce cas l'écoulement d'urine. Mais si la fistule est consécutive à la nécrose et à la chute de l'escarre, nous pouvons voir, avant que l'écoulement anormal de l'urine se soit établi par le vagin, une cystite gangréneuse se déclarer. La rétention des urines est assez fréquente après les hystérectomies. Aussi, les sondages devront être

faits avec une asepsie rigoureuse, pour éviter l'infection vésicale. La nécrose, au début aseptique, deviendrait alors le point de départ d'une cystite, dont la malade ne tardera pas à ressentir tous les symptômes.

b) DIAGNOSTIC

La perte involontaire des urines chez une femme doit faire penser à la possibilité d'une fistule vésico-vaginale. La chose à établir tout d'abord est celle-ci : s'agit-il d'une incontinence d'urine, ou bien d'une solution de continuité entre la vessie et le vagin, donnant alors lieu au passage anormal de l'urine par ce dernier?

Déjà, l'interrogatoire bien conduit de la malade nous dirigera vers la vérité, car les causes de l'incontinence, au moins quand celle-ci est persistante, sont tout autres que celles d'une fistule vésico-vaginale. La mise en place d'une sonde à demeure permettra déjà de distinguer grossièrement la fistule de l'incontinence. Si, malgré la sonde, la malade continue à perdre involontairement ses urines, c'est qu'une fistule existe; par contre, si elle ne les perd plus, on peut inférer, sans pouvoir l'affirmer, qu'il n'y a pas de fistule.

Une fois une fistule urinaire soupçonnée, il s'agit de vérifier son existence et d'en préciser la variété. Pour cela, il faut procéder à l'examen de la malade. Au toucher vaginal, on peut reconnaître une fistule d'un certain diamètre déjà, et pour faire un examen

convenable, il faut examiner directement la paroi vaginale. La malade en position gynécologique, une valve large déprimant la paroi postérieure du vagin, une autre plus petite relevant la paroi vaginale antérieure, on procède à l'examen de cette dernière en allant d'arrière en avant. Lorsque le col utérin existe, on le saisit avec une pince à griffes et, en l'attirant vers soi, l'exploration de la partie toute supérieure de la paroi vaginale antérieure se trouve facilitée. Alors on découvre ou on ne découvre pas la fistule, car la grosseur de celle-ci et l'état du vagin nous rendent cette exploration plus ou moins délicate. Dans le cas de fistule d'une certaine grosseur, le diagnostic est fait immédiatement; la petite fistule est d'un examen plus embarrassant, mais l'injection de liquide dans la vessie nous le rendra plus facile. Si, en effet, nous voyons le liquide injecté s'écouler par un orifice situé dans la paroi vaginale, il n'y a pas de doute d'existence d'une fistule vésico-vaginale. Mais il y a des cas où le trajet fistuleux n'est pas direct; le liquide injecté peut se trouver arrêté dans une coudure de la fistule ou dans une poche dilatée sur son trajet sinueux, et il ne pénétrera dans le vagin qu'après un temps plus ou moins long. Il est des cas aussi où l'urine ou le liquide injecté dans la vessie s'échappe par l'orifice fistuleux en bavant, et tout en voyant le vagin se mouiller sous nos yeux, il n'est pas facile de préciser le siège exact de la fistule. Pozzi conseille, dans ces cas, de bien assécher la paroi vaginale antérieure, d'y appliquer une feuille de papier buvard, pendant qu'on remplit la vessie d'un liquide; alors

une tache humide est observée au niveau de la fistule, et ainsi celle-ci se trouve repérée. Forgue indique un autre moyen pour préciser le siège de la fistule : c'est celui de la réaction colorée. Un liquide est injecté dans la vessie et l'autre est porté dans le vagin, sur un tampon d'ouate. On injecte dans la vessie de l'empois d'amidon, par exemple, et on tamponne le vagin avec de la gaze iodée : au point du contact, il se produit une tache bleue.

L'injection de liquide dans la vessie nous permet en outre de faire le diagnostic différentiel entre une fistule vésico-vaginale et une fistule vésico-urétérale. Si le liquide injecté dans la vessie passe par le vagin quand il s'agit de fistule vésico-vaginale, dans le cas de fistule vésico-urétérale cet écoulement ne se produit pas. Dans ce dernier cas, il existe aussi des mictions spontanées, mais elles sont moins abondantes que dans les cas normaux. Un procédé très élégant pour différencier la fistule urétérale repose sur la réaction colorante de l'urine, après l'administration de la phénolsulfonephtaléine; cette réaction varie suivant qu'on se trouve dans le milieu acide ou alcalin. C'est la réaction d'Adrian. On introduit dans le fond du vagin un tampon imbibé d'une solution concentrée de bicarbonate de soude, puis on injecte dans la vessie la solution de l'acide acétique à 1 pour 200. On fait alors à la malade une injection sous-cutanée de 6 milligrammes de phénolsulfonephtaléine. Peu de temps après, la réaction se produira. Dans le cas d'une fistule vésico-vaginale, l'urine, arrivée par les uretères, se déverse dans le milieu vésical très acide. Ce mélange

acide, passant ensuite dans le vagin, neutralise l'alcalinité du tampon vaginal, et la phénolsulfonephtaléine de l'urine garde une teinte jaune facile à constater sur ce dernier. Au contraire, s'il s'agit d'une fistule urétéro-vaginale, l'urine sortant de l'uretère arrive directement sur le tampon vaginal sans se mélanger au liquide vésical acide, et la phénolsulfonephtaléine, dans ce milieu alcalin, marque une tache rouge sur le tampon vaginal.

Dans le cas de fistule à la fois vésicale et urétérale, il est très délicat de poser le diagnostic ferme. Au point de vue de l'existence d'une perte de substance urétérale, il faut essayer de passer une sonde dans les uretères : si celle-ci est arrêtée, il y a des chances qu'on se trouve en présence de fistule urétéro-vaginale qui peut venir compliquer une fistule vésico-vaginale.

Lorsqu'il existe une fistule vésico-utérine, le liquide colore injecté dans la vessie s'écoule par l'orifice du col utérin.

Quant aux fistules uréthro-vaginales d'un diagnostic très facile, de sorte qu'on n'est guère exposé à les confondre avec les fistules vésico-vaginales, elles sont de siège très bas, et l'écoulement de l'urine par le vagin ne se fait qu'au moment des mictions.

Mais il est un autre mode d'exploration très important nous permettant de compléter avantageusement notre examen par la voie vaginale, et de préciser exactement le siège de la fistule, ceci pouvant être très difficile par le vagin quand il est cicatrisé, bridé et déformé : c'est l'examen cystoscopique. Surin, le premier, puis Gourvitch insistent sur ce point dans

leurs thèses. Il est rare que l'on ne puisse pas injecter dans la vessie une quantité suffisante de liquide pour rendre possible l'examen cystoscopique, et, dans ce cas, il faut avoir recours au cystoscope à vision directe. Cet examen nous permet, dans la majorité des cas, de nous rendre compte du siège exact de la fistule par rapport au col vésical, aux orifices urétéraux, ce qui est d'une importance considérable pour le choix du procédé opératoire. Il faut toujours procéder à cet examen en présence d'une fistule vésico-vaginale.

Dans le cas spécial de fistules vésico-vaginales opératoires, le diagnostic peut se trouver particulièrement difficile à poser. Si, avec l'utérus et le col, on enlève aussi une portion notable du vagin, cette circonstance allonge la perte de substance vésicale et modifie le lieu de la fistule. Cette perte de substance peut se trouver au-dessus d'un vagin raccourci, dans un foyer cicatriciel susjacent, ce qui rend l'exploration difficile et remonte la fistule dans le bassin. Notre observation II en est un exemple.

c) PRONOSTIC . . .

Lorsqu'il est possible d'intervenir et de guérir une fistule vésico-vaginale, le pronostic est évidemment bon. Pour poser un pronostic, il faut prendre en considération le mode de production de la fistule, son siège, son étendue, son ancienneté, les lésions de l'appareil uro-génital concomitantes.

La chirurgie ne s'attaque pas aux fistules vésico-vaginales dues à un processus néoplasique.

Les fistules vésico-vaginales obstétricales et chirurgicales sont curables suivant les cas : une fistule basse est facile à traiter. Plus elle est haute, plus le traitement devient difficile. Lorsque le vagin est cicatriciel, bridé, immobile, lorsque la lésion est déjà ancienne et les bords fistuleux, scléreux, sur un pourtour étendu, l'intervention est bien plus délicate et le pronostic réservé. Lorsque la vessie est infectée, rétractée, et les urines septiques, le pronostic est mauvais, car la plupart du temps les tentatives opératoires n'aboutissent à rien. La très grosse fistule, la vessie et le vagin ne faisant quelquefois plus qu'un, la réussite du traitement est compromise.

En général, aujourd'hui, avec le bon choix de méthode appropriée à chaque cas, nous nous croyons en droit de dire que le pronostic des fistules vésico-vaginales est favorable, et, dans la plupart des cas, les opérations ont raison de cette infirmité jadis redoutée.

Toutefois, il faut séparer comme gravité la fistule de la perte de substance, qui peut aller jusqu'à la nécrose totale du bas-fond et d'une portion élevée de la vessie, où l'exérèse antérieure d'une partie notable du vagin ne fait qu'aggraver la situation (Obs. II).

C'est pour ces cas particulièrement graves que la méthode transpéritonéale et vésicale est obligatoire.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Traitement

Avant d'exposer la technique opératoire, nous voulons d'abord, en quelques mots, indiquer le moment où l'on doit intervenir, puis rappeler brièvement les soins préopératoires qu'il faut donner aux malades.

En ne tenant compte que des fistules auxquelles la chirurgie peut s'attaquer, les fistules vésico-vaginales peuvent avoir pour cause : ou bien une lésion au cours de l'intervention, ou bien la chute d'une escarre secondaire. Il ne faut naturellement pas intervenir dans les premiers jours qui suivent la création de la fistule. Quel que soit leur mode de production, ces fistules ont une tendance naturelle à diminuer, et il faut laisser ce temps s'écouler. Les fistules dues à la chute d'une escarre seraient plus longues à accomplir ce travail préliminaire de rétraction, que les fistules opératoires proprement dites. Une fois la fistule épidermisée, et toute rétraction spontanée terminée, il faut intervenir, et à ce moment-là seulement. Et

encore Marion conseille d'attendre six autres semaines pour opérer sur des tissus souples. Hégar et Kaltenbach disent qu'il faut attendre un mois à six semaines, et de préférence deux mois, quand il s'agit de fistules consécutives à un sphacèle. Violet et Murard conseillent d'attendre six mois, quand il s'agit de fistules consécutives à une hystérectomie pour cancer. En général, on doit intervenir après un à trois mois. Attendre plus longtemps serait s'exposer à avoir une infection importante de la vessie, de l'irritation du vagin et de la vulve, et surtout à rencontrer une zone trop étendue de sclérose. Si l'on n'obtient pas d'emblée la guérison de la fistule, il faut attendre au moins deux mois après l'échec opératoire.

Soins pré-opératoires. — Dans la plupart des cas, en même temps que la fistule vésico-vaginale existe une cystite plus ou moins accentuée. Il peut y avoir aussi de la pyélo-néphrite. Le vagin et la vulve peuvent se trouver irrités. Il est d'une grande importance de soigner ces lésions avant la fistule elle-même. Il faut s'efforcer d'obtenir la désinfection de l'appareil uro-génital par lavages, instillations de nitrate d'argent, injections, administration d'urotropine, etc.

Même si on se trouve en présence d'une vessie presque saine, il faut systématiquement ordonner des lavages pendant quelques jours et maintenir le vagin en état de propreté.

Avant l'intervention, la malade est préparée comme pour toute laparotomie.

Technique opératoire. — Voici la technique opératoire telle que Legueu l'a décrite en 1914, dans les *Archives urologiques de la Clinique de Necker* :

« La laparotomie est faite : la malade est en déclive. L'écarteur est placé et le champ opératoire est protégé. On voit la face postérieure de la vessie.

« *Premier temps : Taille vésicale médiane postérieure longitudinale.* — Exactement sur la ligne médiane, enfoncez le bistouri dans la cavité vésicale et fendez toute sa paroi postérieure par une incision franche, nette, régulière et médiane qui va jusqu'à la muqueuse, et si l'utérus est enlevé et si la fistule est opératoire, l'incision va jusqu'au vagin, qui est ouvert du coup.

« Sur les lèvres de la brèche, des pinces sont placées, qui prennent autour le péritoine, et attirent en avant, vers le pubis, les lèvres de la vessie, la vessie tout entière et son bas-fond.

« On peut ainsi extérioriser, pour ainsi dire, sinon la fistule, du moins la vessie, et favoriser dans une certaine et très large mesure l'accès à la fistule. Cette facilité pour l'accès à la fistule a beaucoup frappé tous les assistants.

« A travers la brèche, on voit la fistule : dans le cas où je considère cette voie comme indiquée, la fistule ne doit pas être loin de l'extrémité postérieure de l'incision faite à la vessie. Comme le vagin a été ouvert en même temps, on voit la fistule entre l'ouverture vésicale et l'ouverture vaginale. Le premier temps, temps explorateur, est terminé.

« *Deuxième temps : Séparation des deux orifices.* — Sous le contrôle de la vue, on sépare à l'aide des ciseaux le vagin et la vessie; on rétablit l'indépendance des deux orifices, comme elle existait avant le moment où la fistule s'est constituée. Ce dédoublement de la paroi vésico-vaginale doit être poussé loin, à un bon centimètre des bords de la fistule; le décollement ne porte pas seulement sur la muqueuse vésicale, il porte sur toute l'épaisseur de la paroi vaginale. C'est le vagin et la vessie qui sont séparés.

« *Troisième temps : Suture isolée de la vessie par plusieurs plans.* — L'épaisseur de la paroi vésicale permet de faire une suture de la vessie aussi soignée que s'il s'agissait d'une taille simple. On fait un premier plan de catgut, qui comprend la muqueuse et une partie de la musculuse, un deuxième pour la musculuse et la séreuse.

« La brèche de la face postérieure péritonéale de la vessie est suturée de droite à gauche, de telle façon que la ligne de suture soit verticale.

« *Quatrième temps : Suture isolée du vagin.* — Le vagin est suturé pour son compte, comme il l'est après une hystérectomie abdominale totale, par quelques points au catgut.

« *Cinquième temps : Péritonisation des surfaces cruentées.* — J'attache à ce temps une grande importance. Devant la fistule, essayez de glisser du péritoine de la face postérieure de la vessie pour que l'indépendance soit parfaitement assurée, des orifices

fermés de la vessie et du vagin. S'il est possible, tâchez de péritoniser aussi le moignon supérieur du vagin et de l'enfouir sous le péritoine du ligament large. Ces sutures péritonéales seront faites à la soie fine.

« L'opération est terminée; il reste à fermer la paroi abdominale comme il convient, non sans laisser un drain dans le cul-de-sac péritonéal en arrière du vagin. »

* * *

Dans sa communication à la Société de Chirurgie de Paris, le 29 janvier 1919, Legueu envisage le traitement des fistules obstétricales par sa méthode, et il dit :

« Dans les fistules obstétricales, la méthode a de rares indications : il faut en effet des fistules très hautes; je viens cependant de pratiquer l'opération pour une fistule de ce genre, et là, il y a une petite modification à apporter à la technique.

« Ici, en effet, la fistule n'est pas nécessairement sur la ligne médiane : elle est beaucoup plus souvent à droite ou à gauche; en outre, il y a un utérus avec un col, et l'opération n'en est que plus difficile. »

Forgue faisait le décollement de la vessie d'avec l'utérus; il faisait le dédoublement des deux orifices par l'abdomen, mais sans pénétrer dans la vessie.

Ma manière est un peu différente : je fais une incision verticale de la vessie, comme plus haut; mais cette incision, au lieu de la faire sur une ligne médiane, je suis tout naturellement obligée de la faire dans la

région latérale, dans la région définie de la fistule. Par la brèche ouverte, je recherche l'uretère et je poursuis l'incision de la vessie jusqu'au bord postérieur de la fistule; le vagin se trouve ouvert du coup et, dès lors, les temps de l'opération vont se continuer de la même façon que tout à l'heure, avec peut-être quelques difficultés plus grandes, que j'ai remarquées dans ma dernière opération.

Soins post-opératoires. — Après l'opération, la malade peut garder le décubitus dorsal sans être obligée de rester dans la position ventrale, qui est très pénible. Une sonde à demeure est laissée pendant au moins dix jours ou plus, suivant les cas. La persistance d'un suintement vaginal est une indication pour garder la sonde à demeure plus longtemps, afin de rendre possible la guérison, même si un point de la suture vésicale lâche. La sonde est surveillée et changée tous les deux à trois jours. Il faut éviter de la laisser se boucher. Une instillation quotidienne de nitrate d'argent est faite, et il faut s'abstenir de tout lavage.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

(Personnelle de Leguen, parue dans les « Archives urologiques de la Clinique de Necker »)

Hystérectomie abdominale totale pour fibrome. Fistule vésico-vaginale haute consécutive. Intervention par la voie transpéritonéo-vésicale. Guérison.

* * *

M^{me} F..., 34 ans, entre le 3 décembre 1912, à la Clinique de Necker, salle Laugier, lit n^o 27.

Cette malade a été hystérectomisée le 6 août dernier, à l'Hôpital Laënnec, par un de mes collègues pour un fibrome utérin. Elle a subi une hystérectomie totale. Elle s'est rétablie très rapidement et, vingt et un jours après l'opération elle quittait l'hôpital.

Douze jours après l'opération, elle s'est aperçue qu'elle perdait ses urines. Elle les perdait en petite quantité, et elle n'avait pas été dans la nécessité de se garnir.

On ne s'est pas rendu compte à ce moment que la malade perdait ses urines par le vagin : on crut à une incontinence passagère, due au sphincter, et se produisant par l'urètre.

Après être sortie de l'hôpital, la malade continue à se reposer quelque temps, et ce n'est que lorsqu'elle a voulu reprendre son travail de ménagère, et lorsqu'elle a recommencé à se tenir debout toute la journée, que ses pertes d'urines ont brusquement augmenté, et qu'elle a été obligée de se garnir.

Depuis, elle perd ses urines continuellement jour et nuit, et elle est obligée de rester toujours garnie. Elle peut garder des urines dans la vessie; mais, lorsqu'elle urine, c'est à la fois par l'urètre et par le vagin.

Le toucher permet de sentir très haut, au fond du vagin, un orifice arrondi des dimensions d'une pièce de 20 centimes. En pressant à ce niveau, au fond du vagin, on fait sortir un peu d'urine.

Au spéculum, on voit un orifice déprimé, en cul-de-poule, situé sur la paroi antérieure du vagin.

Résultats de l'examen cystoscopique. d'après le service de cystoscopie (M. Papin).

A l'examen cystoscopique on voit, au milieu de la face postérieure de la vessie, au-dessus du trigone, exactement sur la ligne médiane entre les deux uretères, un large orifice très net, très régulier, avec des bords bien couverts de muqueuse: il ressemble bien plus à celui d'une cellule, d'un diverticule, qu'à l'orifice d'une fistule vésico-vaginale. On pourrait le prendre pour l'orifice d'une cellule.

Il est à noter, en effet, que la vessie retient très bien le liquide, qui ne s'écoule dans le vagin qu'en de très petites gouttes.

En outre, les bords de la fistule sont arrondis de façon très régulière.

Une sonde urétérale, poussée dans l'orifice, y entre et s'y enroule.

Il y a donc là une petite cavité intermédiaire à la vessie et au vagin.

Opération le 9 décembre 1912, avec l'aide de M. Bergeret, interne.

Laparotomie médiane après incision de l'ancienne cicatrice.

Le péritoine étant ouvert, les anses intestinales refoulées et protégées par une compresse, mon écarteur abdominal automatique mis en place, j'inspecte la cavité pelvienne, d'ailleurs absolument vide d'adhérences.

La face postérieure de la vessie se continue régulièrement avec la face postérieure du vagin; une vague ligne cicatricielle, un peu festonnée, et au doigt un peu plus épaisse, permet de dire le point où se trouve la continuation des deux organes.

Pour rapprocher le plus possible en avant la zone d'opération, j'exerce avec des pinces des tractions sur le péritoine périvésical. En outre, avec deux pinces de Museux, je saisis la face postérieure du vagin un peu en arrière de la zone où, il se confond avec la vessie.

Et alors, avec un bistouri plongé en plein dans le milieu de la face postérieure de la vessie, j'ouvre la cavité vésicale, et continue mon incision vers le vagin.

Les lèvres de l'incision s'écartent, et je vois les deux orifices de la fistule vésico-vaginale, dans laquelle je suis d'emblée tombé; l'orifice vésical et l'orifice vaginal, ouverts en arrière et séparés par mon incision, sont encore adhérents en avant.

Dans un *deuxième temps*, je décolle la vessie du vagin aussi loin que je puis, dans l'étendue de deux bons centimètres: cette opération est faite aux ciseaux et au doigt, avec prudence, surtout du côté de l'uretère droit, vers lequel la fistule s'étend un peu.

Lorsque tout ce décollement est exactement réalisé, je me trouve en présence de deux orifices très larges, mais tout à fait indépendants et de forme si disparate qu'il ne semble pas qu'ils aient pu, à aucun moment, se trouver réunis.

Je n'ai plus qu'à les suturer isolément.

Je ferme d'abord la muqueuse vésicale par des points disposés de haut en bas, et dont l'adaptation donne une ligne transversale de suture.

Par dessus, je suture la couche musculaire, mais par des fils passés de droite à gauche, et dont l'ensemble forme une ligne verticale.

Par dessus encore, je ramène le péritoine, et je m'arrange pour suturer ce péritoine à droite et à gauche de cette

ligne, à la face antérieure du vagin, de manière à interposer une couche de péritoine en arrière de la fistule vésicale.

Reste l'orifice supérieur du vagin : je le ferme par six points de catgut, et, pour que l'adaptation soit parfaite, je le péritonise lui-même, en suturant le péritoine qui recouvre la face postérieure du vagin au péritoine postérieur de la vessie.

Drain abdominal inférieur. Suture de la paroi antérieure par trois points, comme à l'ordinaire.

Une sonde de Pezzer est mise à demeure dans la vessie.

Les jours suivants, on voit un peu de réaction abdominale, avec tympanite ; mais un purgatif donné le troisième jour remet les choses en état.

Le drain abdominal est enlevé au cinquième jour.

La sonde vésicale est supprimée le dixième jour.

A partir de ce moment, la malade urine sans s'en apercevoir.

Mais les jours suivants, les fonctions se régularisent : elle urine bientôt toutes les trois heures seulement. Par le vagin, il y a un peu d'écoulement, et en si petite quantité qu'au moment du départ, le vingt-cinquième jour, l'on peut considérer le résultat thérapeutique comme acquis.

Notre Maître, M. le professeur Vautrin, a suivi la même méthode dans un cas de fistule vésico-vaginale post-opératoire dont voici les détails :

OBSERVATION II

(Service de M. le professeur Vautrin)

Opération de Wertheim avec ligature des hypogastriques pour cancer. Fistule vésico-vaginale haute consécutive. Intervention par la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu. Guérison.

* * *

M^{me} M..., 55 ans, subit, en avril 1921, l'opération de

Wertheim avec ligature des hypogastriques, pour cancer du corps utérin. Au cours de cette intervention, on constate un utérus gros, friable, sans adhérences périannexielles. Propagation néoplasique au paramètre. La partie inférieure de l'utérus est séparée avec difficulté du tissu cellulaire voisin. Ablation de l'utérus en vase clos, avec une portion du vagin. A l'incision du vagin, il se produit une hémorrhagie assez notable. Hémostase difficile, mais faite avec soin. Le rectum et la vessie sont adhérents à la partie inférieure de l'utérus. Drainage vaginal. Suture de la paroi abdominale en trois plans sans drainage.

Quelques jours après cette opération, à la suite de la chute d'une escarre, on constate que de l'urine s'écoule par le vagin. Bientôt, la malade n'urine plus spontanément, et perd la totalité des urines par le vagin. La paroi abdominale se ferme normalement; la malade quitte l'hôpital en mai gardant sa fistule vésico-vaginale.

Le 13 février 1922, elle revient au service pour faire traiter sa fistule. Elle se plaint de perdre les urines, surtout debout, mais elle les perd d'une façon intermittente. Elle arrive à les retenir quelquefois pendant une heure et même pendant trois, si elle est couchée.

Pourtant, même au bout de ce temps, l'émission d'urine a lieu par le vagin, et quelques gouttes seulement passent par l'urètre. Les urines sont claires.

A l'examen du vagin, on constate que celui-ci est très étroit, un peu irrité, et on voit l'issue de l'urine par un orifice cicatriciel situé au fond du vagin, sur sa paroi antérieure. La muqueuse vésicale fait hernie sous forme d'un bourrelet allongé transversalement.

Au toucher, on constate un orifice fistuleux à bords indurés, et l'index y pénètre facilement. Le fond vaginal est bridé de cicatrices. Le vagin étroit n'est pas souple.

La vessie se laissant distendre facilement, on y injecte 200 centimètres cubes de liquide qui rend possible l'examen

au cystoscope, car le liquide injecté ne s'écoule que très lentement par la vulve. On constate alors que la muqueuse vésicale est légèrement rouge. Le trigone vésical est saillant, de sorte que l'on devine plutôt que l'on voit l'orifice fistuleux derrière lui. Les deux orifices urétéraux, d'apparence normale, sont aperçus.

En raison de l'étroitesse et du manque de souplesse du vagin, de la fixité cicatricielle de la fistule et de sa situation très haute, on décide l'intervention par la voie haute, et on choisit la méthode transpéritonéo-vésicale de Leguen.

Après avoir désinfecté la vessie et le vagin par des soins appropriés, on opère le 3 mars, sous raché-anesthésie. Incision sous-ombilicale médiane sur la cicatrice de l'opération antérieure. Quelques adhérences de la paroi facilement libérées avec le doigt, on arrive dans le bassin. On y trouve la vessie et le rectum adhérents l'un à l'autre. L'anse sigmoïde et une anse d'intestin grêle y ont pris aussi quelques adhérences lâches. On libère toutes ces adhérences, de façon à écarter l'intestin, qui est ensuite protégé par une compresse. On place alors sur la vessie deux pinces aux deux pôles supérieurs et latéraux, de façon à l'attirer en avant. De chaque côté de la vessie, dans la région vésico-vaginale, deux autres pinces. La vessie ainsi fixée est ouverte sur sa face postérieure. L'écarteur de Leguen est mis en place sans sa valve postérieure. On agrandit l'incision vésicale vers la paroi vaginale en cherchant l'endroit où se trouve la fistule. Celle-ci siège en arrière de la ligne inter-urétérale, et sa recherche est un peu difficile. On s'aperçoit enfin qu'il s'agit d'une véritable perte de substance en demi-cercle, au niveau du bas-fond vésical, s'approchant à un centimètre des orifices urétéraux. Le plus grand diamètre, qui est d'environ 8 centimètres, est transversal. Le diamètre antéro-postérieur est de 6 centimètres environ. Le bord antérieur de la fistule fait un relief au-dessus de la perte de substance, qu'elle cache presque entièrement. La perte de substance est médiane, par rap-

port aux orifices urétéraux. Une incision de dédoublement est pratiquée du côté vésical et du côté vaginal. On trouve les adhérences serrées et étendues entre les deux organes. On allonge l'incision faite sur la vessie à travers la partie supérieure du vagin, et ce dernier est ouvert à son tour.

Vivement des bords de la plaie. Dédoublement difficile, en raison de la profondeur et de la fixité du vagin; mais il est poursuivi sur une étendue d'au moins 2 centimètres tout autour de la fistule. Les urètres pris dans les adhérences sont repérés et évités. Suture au catgut chromé zéro de la brèche vésicale en deux plans. Puis on fait une tentative de suture du vagin par les mêmes moyens sans y réussir, en raison de la profondeur et de la friabilité de l'organe. On introduit un drain vaginal qui dépasse un peu les bords disséqués du vagin. L'éritonisation de la surface cruentée de la vessie, et suture en T de la séreuse. Epiplooplastie sur le tout. Drain laissé par précaution dans la plaie abdominale. Sonde à demeure dans la vessie. L'opération a duré une heure. Au cours de cette intervention, on ne trouve pas de traces de récurrence néoplasique.

Suites opératoires normales. Pas de réaction abdominale. Le drain abdominal, ne donnant rien, est enlevé le quatrième jour. Instillation quotidienne de nitrate d'argent est faite par la sonde à demeure. Le cinquième jour après l'opération, une quantité minime d'urine passe par le vagin. Les jours suivants, la malade perd de temps en temps un peu d'urine par le vagin; la sonde à demeure est laissée dans la vessie pendant trois semaines. Une fois qu'elle a été supprimée, la malade a des mictions normales, mais fréquentes. Quelques jours plus tard, la malade n'urine que toutes les deux heures, et c'est seulement en restant plus longtemps sans uriner qu'un peu d'urine s'échappe par le vagin. L'urine reste claire. A l'examen du vagin on constate, tout à fait au fond, la persistance d'une toute petite fistulette par où s'échappe de temps en temps une gouttelette d'urine.

La malade quitte l'hôpital le 15 avril. Elle urine spontanément toutes les deux heures et ne perd par le vagin qu'une quantité insignifiante d'urine. On espère la fermeture spontanée de la fistulette vésico-vaginale existante.

Le 22 novembre, la malade donne de ses nouvelles, ne pouvant venir se faire examiner. Elle ne perd pas du tout d'urine quand elle est couchée ou assise. Elle a des mictions normales toutes les trois heures environ. Quand elle reste longtemps debout, et sans uriner, quelques gouttes d'urine s'échappent, mais, la plupart du temps, elle peut les retenir.

Nous croyons pouvoir considérer la malade comme guérie; car il n'y a pas de comparaison entre son état actuel, qui est très bon, et son état antérieur, qui était une véritable infirmité.

La méthode opératoire employée a donc donné un très bon résultat dans ce cas particulièrement grave de fistule vésico-vaginale opératoire.

* * *

Nous avons eu l'occasion de suivre, à la clinique des voies urinaires, une malade traitée également pour fistule vésico-vaginale. Cette fistule, consécutive à une hystérectomie élargie, d'après Wertheim, aurait pu sembler, en raison de son origine opératoire et de sa situation haute, justiciable de la méthode de Legueu. M. le professeur André, ayant une grande expérience de la voie transvésicale, crut pouvoir traiter cette fistule par le procédé qui lui avait souvent réussi. Il intervint donc par la méthode transvésicale extra-péritonéale et réussit en effet à guérir la fistule vésico-vaginale, mais au prix de complications sérieuses, inévitables par cette voie dans le cas particulier.

OBSERVATION III

(Service de M. le professeur André)

Fistules vésico-vaginales consécutives à une opération de Wertheim, avec ligature des hypogastriques. Intervention par voie transvésicale extrapéritonéale suivie de guérison des fistules vésico-vaginales, et en même temps de l'apparition d'une fistule entre l'intestin grêle et le vagin. Suture de cette fistule après laparotomie. Guérison.

* * *

M^{me} V..., 42 ans, a subi, en mai 1922, dans un autre service, une hystérectomie (Wertheim) pour cancer du corps utérin. Huit jours après l'opération, elle a perdu les urines par le vagin. Le 11 juillet, elle se présente au service d'urologie. Elle se plaint de perdre ses urines, si elle ne prend pas la précaution d'uriner très souvent. En urinant toutes les vingt minutes environ, elle ne mouille pas son linge, mais à la condition de rester couchée ou assise, sans bouger. Dès qu'elle se lève, elle sent, au moment du changement de position, l'urine s'échapper, et tant qu'elle est debout, elle mouille presque continuellement.

On injecte dans la vessie 300 grammes de liquide : rien ne s'écoule par la vulve ; mais dès qu'on met une valve vaginale inférieure, un flot de liquide jaillit. D'ailleurs, le vagin est étroit et n'admet qu'une petite valve. La malade, mariée, n'a jamais eu de grossesses. Au fond du vagin, sur sa paroi antérieure, on découvre une large fistule bordée tout autour par un bourrelet de muqueuse vésicale, et par laquelle sort le liquide injecté dans la vessie. Au toucher, on constate un orifice fistuleux dont les bords sont assez souples, mais on se trouve au fond d'un vagin cicatriciel et fixe.

Etant donné que la vessie garde une certaine quantité de liquide, il est possible de pratiquer un examen cystoscopique. Il montre une légère cystite généralisée. Le plan-

cher vésical n'est pas suffisamment distendu, ce qui ne permet pas de l'examiner en détail. Toutefois, on aperçoit un large orifice fistuleux et on voit l'abouchement de l'urètre gauche à environ 1 centimètre du bord de la fistule. Quant à l'orifice de l'urètre droit, on n'arrive pas à le voir.

Les urines sont à peu près claires. Jusqu'à l'opération, on fait prendre de l'urotropine et on fait chaque jour une instillation vésicale de nitrate d'argent et deux injections vaginales à l'oxycyanure.

Opération le 19 juillet sous chloroforme. Incision suspubienne passant un peu en dehors et à gauche de la cicatrice de l'opération antérieure. Tous les plans sont fusionnés, le péritoine adhérent est ouvert et suturé aussitôt. La vessie, ne pouvant pas être distendue par du liquide, est repérée grâce au bec d'un béniqué introduit par l'urètre. Mise en place de l'écarteur de Leguen dans la vessie incisée. La fistule est située au niveau du bas-fond et empiète sur le plancher vésical. Elle a les dimensions d'une pièce de 50 centimes. L'orifice urétéral gauche est repéré à environ 1 centimètre du bord de la fistule. Quant au droit, il est impossible de le trouver. Une injection de carmin d'indigo est faite immédiatement pour essayer de le découvrir au cours de l'opération. De plus, sur la lèvre antérieure de la fistule et vers le col vésical, la cloison vésico-vaginale est perforée de trois autres petits orifices cicatriciels admettant une sonde cannelée. On excise ce lambeau avec les trois fistulettes. La perte totale de substance dépasse un peu les dimensions d'une pièce de 1 franc; elle reste assez éloignée du col vésical.

Le dédoublement de la paroi vésico-vaginale est assez facile en avant, et il est poursuivi sur une profondeur de deux centimètres environ. A gauche, la dissection est poussée aussi à deux centimètres en passant au-dessous de l'urètre soulevé par une sonde mise dans sa lumière. A droite, elle est poussée très peu en raison de l'incertitude de la situation de l'orifice urétéral. En arrière, elle est diffi-

cile par suite de la profondeur à laquelle on travaille et de l'adhérence du bord vaginal. Au cours de cette dissection, le cul-de-sac péritonéal est ouvert et suturé aussitôt par un point à bourse de catgut. La paroi vaginale est adhérente à l'intestin et ne peut en être disséquée que sur un centimètre à peine.

Un premier plan de suture en bourse au catgut est fait sur la paroi vaginale. En arrière, en raison du peu de hauteur du lambeau vaginal disséqué, le fil est passé superficiellement dans la paroi intestinale. Un second plan en bourse au catgut prend le vagin seulement en avant et sur les côtés, sans prendre une seconde fois l'intestin en arrière. Les lambeaux vésicaux disséqués s'adossent largement et sont suturés par des points séparés au catgut suivant une ligne antéro-postérieure. L'orifice urétéral droit n'est toujours pas visible, malgré l'injection du carmin d'indigo. Fermeture de la vessie et de la paroi autour d'un drain de Marion. Mèche vaginale. Un lavage continu, goutte à goutte, à l'oxycyanure de mercure, est installé aussitôt par le drain. La malade est maintenue en position ventrale.

Le 20 juillet. — Continuation du goutte à goutte et maintien de la position ventrale. La malade se plaint d'une douleur dans la région rénale droite et, au palper, il y a en ce point de la défense de la paroi.

Le 21 juillet. — La douleur persiste à droite. On sent nettement le rein droit augmenté de volume.

Le 22 juillet. — En enlevant la mèche vaginale, on s'aperçoit qu'elle est teintée en vert et qu'il s'écoule du vagin un liquide contenant des matières fécales. Il ne semble pas y passer d'urine. Des injections vaginales sont faites deux fois par jour.

Le 23 juillet. — La douleur est à peu près disparue à droite.

Le 27 juillet. — L'urine recueillie par la sonde hypogastrique n'a pas la coloration des matières qui continuent à passer abondamment par le vagin. Elles sont toujours ver-

dâtres et liquides, et contiennent des débris d'aliments non digérés. La malade a des selles normales. On remplace le drain de Marion par une sonde de Pezzer. Les fils sont enlevés.

Le 14 août. — Les matières fécales s'écoulent en moins grande quantité par le vagin. Pourtant il est très irrité, ainsi que la face interne des cuisses, par le contact des liquides intestinaux, malgré les soins de propreté. On change la sonde de Pezzer par une sonde à deux ailettes. Après avoir mis une valve vaginale, on remplit la vessie en comprimant au doigt l'orifice hypogastrique et on constate qu'il ne passe pas du tout de liquide par le vagin; mais on aperçoit au fond de celui-ci, un orifice avec muqueuse éversée, par lequel sortent les matières fécales.

Le 24 août. — L'orifice hypogastrique est très rétréci. En l'oblitérant au doigt, on arrive à faire une cystoscopie avec environ 150 centimètres cubes de liquide. On ne constate aucun orifice anormal. Il y a encore, au niveau du plancher vésical, une région oedémateuse dans laquelle on ne voit pas les orifices urétéraux. En mettant une valve dans le vagin, on confirme que le liquide vésical n'y passe pas. On aperçoit encore dans le fond l'orifice intestinal bordé de muqueuse; cependant, les matières passent beaucoup moins. Le rein droit est toujours gros, mais n'est plus douloureux.

Le 7 septembre. — Sonde à demeure par l'urètre.

Le 9 septembre. — On change la sonde à demeure. L'orifice hypogastrique n'est pas encore complètement fermé.

Le 15 septembre. — La sonde à demeure est enlevée. Instillation quotidienne dans la vessie au nitrate d'argent.

Le 23 septembre. — La plaie hypogastrique est presque complètement cicatrisée. L'écoulement vaginal reste stationnaire. C'est un écoulement liquide, jaunâtre, parsemé de petites particules solides offrant l'aspect d'un chyme intestinal grêle.

Le 14 octobre. — Cystoscopie. Deux petites concrétions

se sont formées dans la vessie; on les enlève avec la pince à corps étrangers. L'uretère gauche, trouvé facilement, est cathérisé sans difficulté; il est impossible de trouver l'orifice urétéral droit.

Le 18 octobre. — Opération. Ether. Nettoyage minutieux du vagin qu'on bourre d'une compresse. Laparotomie sous-ombilicale passant par la cicatrice de la dernière opération. On aperçoit au fond du bassin une anse grêle coudée à angle aigu, adhérente et recouverte en partie, à gauche, par le gros intestin: ce dernier est fixé, lui aussi, par quelques petites adhérences, qu'on dissèque facilement aux ciseaux. L'anse grêle est adhérente au vagin par le sommet de sa coudure. Après avoir placé une pince à coprostase de chaque côté, on libère cette adhérence peu à peu aux ciseaux, en emportant un peu de la paroi vaginale. Puis on l'attire complètement en dehors du ventre, sur des champs. Les deux parties coudées de l'anse sont accolées sur une longueur de cinq à six centimètres, en canon de fusil. On libère leurs deux surfaces, sur lesquelles on fait des points de péritonisation. La fistule est un trou arrondi d'environ un centimètre de diamètre. On résèque la paroi vaginale restée adhérente et on ferme l'orifice intestinal par des points en bourse ensevelissant la muqueuse, puis par un surjet longitudinal à la soie zéro. La compresse vaginale est remplacée par une petite mèche à l'ektogan. L'épiploon, libéré d'adhérences légères, est amené contre le rectum, dans le petit bassin. Suture de la paroi abdominale en trois plans. Une seconde mèche est bourrée dans le vagin, à côté de la première. Le soir de l'intervention, on constate que les mèches vaginales sont mouillées. On croit à une nouvelle fistule vésicale.

Le 19 octobre. — On met une sonde à demeure dans la vessie.

Le 20 octobre. — On enlève une des mèches vaginales. La sonde vésicale sort spontanément. Elle n'est pas remise: la

malade urine involontairement, et il ne passe pas d'urine par le vagin. Instillation quotidienne au nitrate d'argent.

Le 23 octobre. — On enlève la deuxième mèche vaginale.

Le 29 octobre. — La malade quitte l'hôpital. Urines claires, mixtions normales.

* *

Des observations que nous venons de publier, nous rapprocherons celle de Forgue, qui utilise un procédé un peu différent, mais qu'il suffirait de perfectionner pour réaliser la voie transpéritonéo-vésicale, dont l'acquisition est due à Legueu. Quelques observations de fistules vésico-vaginales traitées par la voie transpéritonéale feront suite.

* *

OBSERVATION IV

(Très résumée de Forgue,
dans la « Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale »)

Fistule vésico-utérine consécutive à un accouchement laborieux nécessitant une application de forceps. Vagin rétréci dans sa partie supérieure par des déformations cicatricielles. Abaissement impossible. Intervention par la voie transpéritonéale. Les suites opératoires d'une asepsie et d'une apyrexie parfaites. Résultat partiel, une petite fistule persistait après l'opération.

* *

Le procédé que Forgue avait appliqué se trouvait être le même que celui utilisé dès 1893 par Dittel. Ce procédé était tombé dans l'oubli, et Forgue l'ignorait d'ailleurs. Voici, résumée, l'observation de Dittel :

* *

OBSERVATION V

La malade en position inclinée, ouverture de l'abdomen, utérus saisi et attiré en haut et en arrière ; vessie repoussée vers le symphyse et le péritoine vésico-utérin est mis en évidence. Incision transversale au fond du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement et suture d'une fistule large de quatre centimètres. Le remplissage de la vessie montrait que la suture tenait. Malgré cela, la malade se mouille et, le quatrième jour après l'opération, le liquide injecté dans la vessie passe par le vagin.

Dittel attribue cet échec à la conduite déraisonnable de la malade, qui a retiré de son chef la sonde vésicale à demeure et la gaze iodoformée du vagin.

Cette explication semble à Zweifel assez peu convaincante, et il dit qu'il y aurait plutôt lieu d'incriminer une faute de technique, car lorsqu'on réalise une mobilisation parfaite de la vessie, lorsqu'on réussit à la libérer entièrement des plans adhérents, on obtient un résultat parfait que la patiente ne pourra pas compromettre.

* * *

Les tentatives de Dittel et celles de Forgue ne trouvèrent pas d'imitateurs jusqu'à ces dernières années, peut-être parce qu'elles ne donnèrent pas de succès complets, peut-être surtout parce qu'on redoutait l'infection péritonéale. C'est en somme un nouveau progrès que Zweifel fait faire à cette méthode en mettant tous ses soins pour réaliser la mobilisation parfaite de la vessie. Dans son article : « Opération abdominale des fistules vésico-vaginales et vésico-utérines haut situées », du *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, Zweifel publie huit observations de fistules ainsi traitées. Nous en donnons le résumé :

* * *

OBSERVATION VI

Femme rachitique. Premier accouchement spontané. En 1917, un deuxième accouchement, fait par un médecin, est suivi deux jours plus tard de fistule haute vésico-utérine. L'intervention par voie transpéritonéale réussit avec *la plus grande facilité*. Pas de drain abdominal, ni de sonde vésicale. Guérison sans incident.

OBSERVATION VII

Hystérectomie totale vaginale. Fistule persistante, malgré la suture deux fois répétée par le vagin. Un troisième avivement exposant à blesser l'intestin, on a recours à la voie transpéritonéale. L'intervention est facile et la guérison normale, sans drainage, ni sonde à demeure.

OBSERVATION VIII

Opération abdominale pour myome, le 28 février 1918, suivie de fistule. Guérison après intervention.

OBSERVATION IX

Malade opérée par la même méthode le 22 mars 1918. Guérison.

OBSERVATION X

Malade opérée de fistule cervico-vaginale consécutive à un accouchement avec application de forceps. Fièvre puerpérale, cystite. Lavage au collargol. Guérison de la fistule par opération typique.

OBSERVATION XI

Bassin rachitique généralement rétréci. Fistule vésico-cervicale apparue le lendemain d'un accouchement laborieux. Opération typique. Guérison sans incidents.

OBSERVATION XII.

Femme opérée en février 1916 pour suppuration pelvienne. Large fistule vésico-vaginale consécutive. En outre, ankylose de la hanche gauche, maintenant la cuisse devant la vulve. Le doigt pénètre facilement dans l'orifice fistuleux vaginal. Opération typique. La suture tient après épreuve de remplissage de la vessie; pourtant, le soir même, le liquide s'écoule de nouveau par le vagin. Une nouvelle opération est remise à plus tard, en raison d'une nouvelle grossesse.

La malade n'ayant pas été opérée par Zweifel lui-même, il ne peut expliquer cet échec.

OBSERVATION XIII

Fistule cicatricielle consécutive à une gangrène vésicale après extirpation totale de l'utérus pour cancer. Opération faite aussi par un médecin assistant, et la malade quitte l'hôpital tout à fait continente. Quatre mois plus tard, l'urine commence de nouveau à suinter, à la suite d'élimination de deux calculs vésicaux contenant à leur intérieur les restes de fil de soie. La guérison ne s'effectuant pas spontanément, Zweifel fait une opération lui-même.

Le décollement de la vessie du vagin est bien plus difficile que dans les opérations antérieures, parce que tous deux sont intimement accolés, et la lèvre antérieure de la fistule est rigide. Il est pourtant effectué complètement, et le remplissage de la vessie démontre l'étanchéité de la suture. Le treizième jour, les urines repassent par le vagin.

Déjà, au cours de l'opération, l'auteur se demandait s'il ne serait pas mieux d'exciser tout le tissu cicatriciel de la vessie et d'affronter par la suture la partie de la muqueuse vésicale saine et mobile. Il conseille, après cet échec personnel, l'exérèse systématique de ce tissu. Il dit aussi qu'on ne doit jamais faire de sutures perforantes au fil de soie.

OBSERVATION XIV

(Résumée de Sachs)

Il s'agit d'une fistule vésico-cervicale consécutive à une césarienne transpéritonéo-cervicale chez une femme âgée, rachitique, primipare. Par le vagin très étroit, l'opération aurait été très difficile et aurait exigé un large débridement ; mais la voie abdominale paraissait plus simple et plus sûre. Adhérences lâches entre l'utérus et la vessie, faciles à libérer. Après incision du cul-de-sac, péritoine, la vessie est décollée de la paroi utérine antérieure, et on constate un orifice fistuleux de la taille d'un petit pois dans la paroi vésicale postérieure, et communiquant par une fissure longue de deux centimètres avec le col utérin. Après un décollement vésical large, on procède à la suture des deux orifices de la fistule et à l'interposition du péritoine. L'auteur insiste surtout sur la péritonisation et le déplacement respectif des deux orifices décollés, l'un par rapport à l'autre, pour assurer la guérison. Il ne craint pas l'infection péritonéale, la vessie étant vide. Après l'opération, on place une sonde à demeure. Le succès opératoire fut complet.

OBSERVATION XV

(Résumée de Klein)

Fistule vésico-vaginale à la suite d'une colporrhaphie antérieure et postérieure. La cicatrice de la colporrhaphie antérieure était fortement rétractée dans son tiers supérieur, et son exploration permettait de reconnaître l'existence d'une fistule vésico-vaginale. Une première intervention par la voie vaginale échoua. L'auteur décida alors de pratiquer l'opération transpéritonéale de Dittel. Il libéra sans trop de difficulté la paroi antérieure de l'utérus. La paroi vésicale fut très facilement séparée du col et du vagin. Excision de la fistule. Suture de la musculature en plusieurs

plans, puis suture de la paroi utérine antérieure, de façon à faire disparaître le cul-de-sac antérieur. Sonde à demeure. Suites opératoires excellentes. Continence parfaite; la malade pouvait retenir un demi-litre d'urine.

OBSERVATION XVI

(Résumée de Nicolief)

Opération par la voie transpéritonéale d'une fistule vésico-utérine où il est nécessaire d'isoler les deux uretères, ainsi que les parties latérales de la vessie. Cette fistule, chez une femme âgée de 23 ans, était consécutive à une rupture utérine, et la guérison a été complète en trente-huit jours. Le danger d'infection de la cavité abdominale peut être éloigné par une bonne protection du péritoine.

OBSERVATION XVII (Résumée)

(Laurentic, in *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1921, p. 808).

Fistule vésico-vaginale haute consécutive à un accouchement pénible et long. Nombreux diaphragmes cicatriciels dans le vagin. Echec de l'opération transvésicale de Trendelenburg. Guérison de la fistule par l'opération transpéritonéale de Dittel-Forgue. Continence complète. Mictions normales.

CHAPITRE III

Discussion. — Indication de chaque procédé

Arrêtons-nous tout d'abord à l'observation III, qui nous montre d'une façon très claire quel danger peuvent courir les organes voisins au cours de l'opération de Trendelenburg, lorsqu'ils sont adhérents au fond du bassin. C'est précisément ainsi que les choses se présentent souvent après une opération de Wertheim.

L'intervention par la voie transvésicale de Trendelenburg est longue, pénible; elle donne surtout un jour insuffisant sur les organes voisins qui, situés derrière la fistule au fond du petit bassin, courent le plus grand danger. L'habileté du chirurgien ne réussit pas toujours à le mettre à l'abri de complications sérieuses, malgré les précautions les plus minutieuses. Contrairement à ce que disait Francey en 1914 dans sa thèse, la voie transvésicale ne convient pas pour tous les cas.

Si l'opération par la voie transvésicale est une opération relativement facile dans les cas où la vessie non adhérente peut pour ainsi dire venir à la rencontre de l'opérateur, ce qui donne un jour suffisant pour contrôler tout ce qui se présente à lui au niveau de ce plancher, il n'en est plus de même dans le cas con-

traire, où la vessie est fixée, noyée dans une masse cicatricielle qui avoisine le moignon vaginal. Dans ce cas, on opère dans un puits profond dont le fond se laisse difficilement éclairer et atteindre, malgré la mise en place de l'écarteur de Legueu. La profondeur à laquelle on opère rend le décollement pénible; on craint le péritoine qui n'est pas loin; ainsi que le rectum. Si une anse intestinale se montre au bord de la fistule, il est impossible d'affirmer de quelle anse il s'agit, ce qui a été le cas dans l'observation III. L'abouchement des uretères, proche des bords fistuleux, ne fait que compliquer la situation déjà sérieuse. Dans le cas de M. le professeur André, en raison de la réaction douloureuse du rein après intervention, on peut se demander si une oblitération incomplète de l'uretère droit, consécutive à la première opération, n'a pas été rendue complète au moment de la suture des lambeaux vésicaux, le retentissement de la sténose urétérale antérieure sur le rein expliquant que ce dernier ait cessé rapidement de sécréter et n'ait pas fait sauter les sutures.

Cet état expose le malade à de nouvelles complications sérieuses, qui pourraient un jour nécessiter une néphrectomie. Dans la même observation, on voit les sutures être particulièrement difficiles, parce que l'étoffe manque. On cherche à consolider la suture vaginale en prenant superficiellement la paroi d'une anse intestinale qu'on aperçoit par la brèche opératoire et qu'on croit être le rectum; il se trouve que, faute d'un jour suffisant, c'est en réalité une anse grêle qu'on utilise; il s'ensuit quelques jours après

une communication de l'intestin grêle avec le vagin. Le péritoine lui-même s'est trouvé ouvert à deux reprises : tout au début de l'opération, au cours de la libération des adhérences considérables de la paroi abdominale avec la vessie, puis au cours du dédoublement difficile de la fistule. L'observation par elle-même est tellement démonstrative qu'il nous semble inutile d'en dire davantage.

Ce que nous venons de dire nous autorise à penser que le cas précédent eût été justiciable du traitement par la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu : fistule haute, opératoire, par conséquent adhérente, impossible à abaisser, et immobilisant la vessie au niveau de la zone de l'opération antérieure; de plus, uretère gauche à peu de distance du bord fistuleux, et uretère droit impossible à repérer. La voie transpéritonéale nous aurait donné un accès plus facile sur la fistule; elle nous aurait permis de libérer les adhérences dangereuses qui existent souvent à la suite des hystérectomies totales, surtout quand elles sont accompagnées d'évidement pelvien et de résection du vagin. On aurait pu repérer les uretères menacés, faire un large décollement vésical-vaginal, mobiliser ce plancher vésical immobile, exciser le tissu cicatriciel, enfin rendre les deux orifices fistuleux libres l'un de l'autre, poser les sutures séparément, interposer le péritoine à cette surface cruentée, et assurer ainsi la guérison de la fistule. Il est certain que la voie transpéritonéo-vésicale aurait bien simplifié l'intervention.

Une fistule haut située, une perte de substance étendue, un vagin court sont là des motifs d'utiliser

la voie transpéritonéo-vésicale. Mais ce sont des arguments un peu secondaires, pensons-nous. Il faut reconnaître comme indication principale la situation créée par les adhérences dues à l'intervention antérieure. Le processus normal de guérison d'une plaie donne un tissu cicatriciel plus ou moins abondant, dans lequel la fistule se trouve fixée, et qui englobe également les organes voisins, et surtout les uretères. Cet état indolaire de la région est en somme normal peu de temps après l'intervention, dans les cas de péritonisation haute succédant à l'exérèse; il faut s'attendre à le rencontrer au cours de la cure de la fistule; il faut donc compter ne pouvoir mobiliser la région dans laquelle on intervient qu'en y allant directement; il est de toute nécessité que l'opérateur puisse « aller au champ opératoire ». C'est ce qui est impossible pour la taille sus-pubienne.

C'est la notion de profondeur et de fixité qui commande la décision du choix de la méthode. Les inconvénients résultant de la profondeur à laquelle on opère en utilisant la voie sus-pubienne, Zweifel, de Leipzig, les avait déjà reconnus. Dans le compte rendu de son observation, il dit : « Le fond de la vessie était fâcheusement éloigné de l'ouverture opératoire; le sang gênait au cours de l'axivement et de la suture d'une façon très désagréable, et ne s'écoulait pas, malgré la position haute du bassin. Si je réussis enfin à fermer la fistule et à guérir l'orifice par où avait passé le drain vésical, j'ai un tel souvenir de cette opération, que je ne la répéterai plus. » Il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale haute consécutive à une hysté-

rectomie totale. Depuis ce moment-là, Zweifel n'a recours qu'à la voie transpéritonéale de Dittel (Dittel-Forgue), aussi bien pour les fistules opératoires que pour les fistules vésico-utérines fixes. Il est très content des résultats obtenus, et il trouve « que pour les fistules hautes cicatricielles vésico-utérines et vésico-vaginales opératoires, l'opération par la cavité abdominale a fait ses preuves et qu'on peut la recommander en bonne conscience ». Cette opinion de Zweifel est confirmée par Sachs, de Berlin, disant : « Cette opération est tout à fait facile et sans gravité ».

Considérant le danger que la voie transvésicale de Trendelenburg peut faire courir aux uretères quand ils sont proches des bords de la fistule, nous voyons Brüdinger, de Vienne, recourir à la méthode de Bardenhauer pour être sûr de respecter l'uretère menacé, si on passait par la vessie. Dans son cas, il s'agissait en résumé d'une femme de 39 ans, à laquelle on avait enlevé l'utérus par la voie vaginale quatre ans auparavant. Une fistule a été consécutive à cette opération, et la malade perdait presque la totalité de ses urines par le vagin. L'examen du vagin le montra cicatriciel, avec un petit orifice fistuleux situé dans son fond. La cystoscopie est possible, et on constate l'existence de la fistule tout près de l'abouchement de l'uretère droit s'étendant en fente vers le sphincter vésical, mais restant toutefois éloignée de ce dernier. L'auteur, tout en recommandant la voie transvésicale pour certaines fistules vésico-vaginales incurables par le vagin, considère que cette voie est contre-indiquée quand l'uretère est proche de l'orifice fistuleux; il

pense qu'il faut mettre d'abord hors de danger l'organe menacé, et ensuite fermer la fistule. Pour atteindre ce but, il choisit la voie abdominale extrapéritonéale de Bardenhauer, et il guérit la malade. Disons tout de suite, pour l'éliminer, que la voie suivie par Bardenhauer est une opération pénible et longue, et on ne la voit employée que très exceptionnellement. La voie transpéritonéale est plus facile et permet à l'opérateur d'avoir raison de toutes les difficultés qu'il rencontre.

Nous avons déjà plusieurs fois mentionné la méthode transpéritonéale de Dittel-Forgue, qui est employée en Allemagne aussi bien pour guérir les fistules vésicales hautes obstétricales, que pour guérir les fistules vésico-vaginales opératoires; mais nous n'avons pas encore essayé de faire un parallèle entre ces deux méthodes qui dérivent l'une de l'autre.

La méthode de Dittel-Forgue nous paraît bonne, suffisante et tout indiquée pour les fistules obstétricales hautes. Elle permet, grâce à la bonne prise sur le fond utérin, d'attirer vers l'opérateur le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, de l'inciser, de dédoubler ensuite largement la paroi vésico-utérine, de séparer les orifices fistuleux et de poser les sutures soignées, enfin de péritoniser les surfaces cruentées des deux organes. Les difficultés de suture de la brèche utérine par la voie transvésicale de Trendelenburg sont bien connues.

Nous trouvons, d'autre part, la modification apportée à cette méthode par Legueu, et s'appliquant à la cure des fistules vésico-vaginales opératoires, très

ingénieuse. La brèche verticale, dans la paroi postérieure de la vessie, permet de voir nettement le bas-fond. de se rendre compte par la vision directe de l'étendue de la fistule et surtout de reconnaître les uretères mieux que par tout autre procédé, et de faire en sorte d'épargner ces organes et de ne pas les léser dans l'affrontement.

En cas de blessure des uretères ou d'enfouissement de ces derniers dans le tissu cicatriciel, il serait possible, sans grand dommage, de dégager et même de modifier leur abouchement. En somme, cette brèche permet à l'opérateur de poursuivre dans l'opération un plan exact décidé d'avance.

Il est certain que la voie transpéritonéo-vaginale de Legueu n'est pas toujours d'une exécution très facile; mais elle est toujours, pour le cas particulier, plus facile que la voie transvésicale sus-pubienne, et surtout plus sûre de donner des résultats. La pose de sutures est quelquefois difficile sur l'orifice vaginal, qui reste profond après dédoublement. Il a été même impossible de le suturer dans le cas de M. le professeur Vautrin. Mais la bonne suture vésicale, aidée de péritonisation, n'a pas compromis le résultat satisfaisant de la voie suivie. Micolier, élève de Polosson, étudie dans sa thèse la voie abdominale et la voie vaginale combinées. Il n'y a peut-être que des cas exceptionnels où la pose de sutures sur l'orifice fistuleux vaginal ne serait pas possible par la voie abdominale.

En proposant sa méthode pour quelques cas rares de fistules obstétricales, et en l'exécutant dans un tel cas, Legueu trouve la présence de l'utérus et du

col gênante, même en déplaçant latéralement l'incision de la paroi postérieure de la vessie. Au contraire, la méthode de Dittel-Forgue, profitant de la présence de l'utérus, semble, d'après les résultats publiés, être facile et donne de bons résultats. Il nous semble donc que le procédé de Legueu, excellent pour les fistules opératoires, n'est pas à appliquer pour les fistules obstétricales. Dans ces dernières, il y a de la fixité et du tissu cicatriciel; mais aussi les rapports anatomiques sont normaux et permettent de poursuivre l'opération au fur et à mesure en prêtant attention, et en évitant les dangers qui peuvent se présenter. Il n'est donc pas nécessaire ici, comme dans les fistules opératoires où tous les repères manquent, d'aller à travers la brèche vésicale postérieure pour s'assurer des rapports anatomiques variables suivant chaque cas.

Pour apprécier les résultats obtenus par la méthode transpéritonéo-vésicale, nous devons tout d'abord nous reporter à la communication que Legueu fit à la Société de Chirurgie de Paris, le 29 janvier 1919. Il a opéré par sa méthode douze cas de fistules vésico-vaginales hautes. De ces douze cas, onze étaient des fistules opératoires, consécutives à l'hystérectomie abdominale; une seule fistule était obstétricale, et consécutive à une application de forceps. Onze de ces cas lui ont donné une guérison complète, avec des suites opératoires très simples. Une seule opérée succomba, sans que le procédé opératoire fût à incriminer. Voici ce qu'en dit Legueu : « Ma malade est morte par les reins d'anurie et d'urémie, sans que les uretères

aient été pris dans les ligatures et sans que la vessie ait été désunie. L'opération avait duré une heure un quart. La malade est morte, non de voie suivie, mais de l'opération; par une autre voie, je crois qu'elle serait morte dans les mêmes conditions, avec cette différence qu'on aurait eu beaucoup de peine pour éviter les uretères. »

Voici les avantages que Legueu attribue à sa méthode, au cours de la même séance :

« Il y a d'abord un jour très grand qui est donné pour l'accès à la fistule, et surtout pour le dédoublement des orifices.

« Pour les fistules opératoires que j'ai surtout en vue, il est impossible de trouver une voie permettant un décollement plus large, une libération plus profonde des deux orifices, je dirai même des deux organes.

En outre, l'accès à la fistule par la taille intrapéritonéale donne toute sécurité pour la réunion; en effet, l'avantage de la taille à travers le péritoine est en général de permettre un accolement si facile et si parfait de la vessie que jamais on ne voit de fistule à la suite de cette opération. Le péritoine est un si parfait élément d'adaptation que l'on ne voit jamais de ce côté ces désunions qui se produisent à la suite de la taille antérieure extrapéritonéale.

« Il y a sans doute l'objection de l'infection péritonéale, toujours possible, mais on peut y parer avec des précautions et une protection minutieuse du champ opératoire. »

... C'est en effet cette infection péritonéale possible

que Marion repr che à cette méthode, au cours de la discussion de la communication de Legueu. Marion termine : « Je crois que le procédé de M. Legueu est excellent pour aborder la fistule et en assurer la guérison; mais, d'autre part, je le crois un peu dangereux, car je crains, je l'avoue, l'ouverture du péritoine dans ce cas. »

Nous avons déjà insisté sur les avantages de la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu, et nous n'y reviendrons pas de nouveau. Mais nous ne nous sommes pas encore arrêtée sur ce point dangereux de la méthode qu'est la péritonite possible. Nous avons déjà dit, à propos des soins préopératoires, qu'il faut désinfecter autant que possible l'arbre urinaire et le vagin, et bien protéger le champ opératoire; en un mot, l'état actuel de l'asepsie et de la technique opératoire diminuent bien le danger de péritonite.

La voie transpéritonéale est assez souvent employée en Allemagne; elle l'est aussi en Italie (Dittelforgue), et aucun cas de péritonite n'est signalé. Au contraire, tous les opérateurs qui ont employé cette voie pour guérir les fistules vésico-vaginales la recommandent comme facile et *sans danger de péritonite*, en prenant les précautions nécessaires. En France, le nombre de chirurgiens qui ont utilisé la méthode de Legueu n'est pas encore grand; mais, dans les quatorze cas que nous avons trouvé mentionnés, les suites opératoires ont été excellentes.

Nous voyons en effet, au cours de la discussion du rapport de Marion sur le traitement des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale de Trendelenburg,

lenburg à la Société de Chirurgie de Paris, le 25 février 1920, J.-L. Faure porter cette appréciation sur le procédé de Legueu : « J'ai eu l'occasion d'employer la technique de Legueu pour une malade qui avait une fistule grande comme une pièce de deux francs, consécutive à une hystérectomie pour cancer. Le succès a été complet et immédiat. »

Au cours de la même discussion, Baumgartner s'exprime ainsi : « J'ai eu l'occasion d'opérer, il y a quelques mois, avec mon ami le docteur Hugnier, à l'Hôpital Saint-Joseph, une large fistule vésico-vaginale haute située, difficilement accessible par en bas. Je l'ai opérée par la voie abdominale de Legueu; j'ai été frappé de la facilité avec laquelle je suis venu à bout de cette fistule. Cette voie me paraît excellente, à condition qu'on la réserve aux fistules haut situées et d'accès difficile par en bas, comme dans mon cas, où la fistule a été consécutive à une hystérectomie abdominale totale. Par la voie abdominale, la séparation complète de la vessie du vagin me paraît plus facile et pouvant être plus étendue que par la voie basse; d'autre part, il est aisé de reconnaître les uretères, de les disséquer, s'ils sont pris dans le tissu cicatriciel, et d'éviter leur blessure. Ce sont des avantages qui doivent, dans certains cas difficiles, faire préférer la voie haute. »

E.-S. Judd (Rochester) recommande la voie haute dans le cas de fistules hautes, cicatricielles, quand le col est enlevé ou inabaissable; il estime que la technique de Legueu est à réserver aux cas très mauvais.

En Allemagne, c'est la méthode transpéritonéale

de Dittel (Dittel-Forgue) qui est souvent employée. Dans les cas de fistules obstétricales ou opératoires, les auteurs s'accordent à la trouver plus facile que la méthode de Trendelenburg. Nous avons déjà cité l'opinion de Zweifel et de Sachs.

En Italie, la méthode de Dittel-Forgue est aussi employée.

En somme, tous les auteurs qui ont eu recours à la méthode transpéritonéale ou à la méthode transpéritonéo-vésicale sont satisfaits des résultats obtenus et les recommandent. L'infection péritonéale n'est mentionnée dans aucun cas.

Sur le total de trente-deux interventions par la voie transvésicale de Trendelenburg pour fistules vésico-vaginales, Deleuil, dans sa thèse, trouve 62,5 % de guérisons primitives.

D'après les résultats de quatorze interventions par la voie transpéritonéo-vésicale, il nous semble que le pourcentage de guérison serait meilleur, car il n'y a pas un échec de publié.

* * *

Pour exposer les indications de chaque voie pour le traitement des fistules vésico-vaginales, nous ne tiendrons compte que de ces quatre voies : 1^o voie vaginale ; 2^o voie transvésicale de Trendelenburg ; 3^o voie transpéritonéale de Dittel-Forgue, et 4^o voie transpéritonéo-vésicale de Legueu.

1^o *Voie vaginale.* — Cette voie est la plus bénigne pour guérir les fistules vésico-vaginales, et toute fistule basse ou abaissable doit être traitée de préfé-

rence par cette voie. Elle donne de très bons résultats dans les cas où l'opérateur peut travailler sous la vue.

La contre-indication de cette voie serait : le vagin trop étroit ; le vagin cicatriciel, bridé ; la fistule haute inabaissable ; la situation proche des uretères de l'orifice fistuleux ; un échec opératoire antérieur par cette voie.

2^o *Voie transvésicale de Trendelenburg.* — C'est la voie à laquelle on doit recourir pour traiter certaines fistules vésico-vaginales qui ne peuvent pas être guéries par la voie vaginale ; elle serait très bonne dans le cas de fistules siégeant au niveau du trigone vésical, et à une certaine distance des orifices urétéraux. Même si une fistule est assez proche de l'aboutissement des uretères, ce ne serait pas un obstacle à l'emploi de ce procédé, pourvu que la fistule ne soit pas opératoire. Dans ce dernier cas, même en repérant les uretères par la sonde urétérale, on peut courir le danger de les blesser au cours du dédoublement ; de plus, on risque de prendre l'uretère dans la suture. La disposition anatomique post-opératoire diffère avec chaque cas particulier ; elle rend le repérage exact impossible.

3^o *Voie transpéritonéale de Dittel-Forgue.* -- Dans le cas de fistules vésico-utérines, on connaît la difficulté qu'il y a à fermer l'orifice fistuleux de l'utérus par la taille vésicale antérieure. Pour assurer la guérison de la fistule, il faut pouvoir décoller largement les deux organes et suturer soigneusement chaque orifice fistuleux. Comme ceci est facile à faire par la voie

transpéritonéale de Dittel-Forgue, et en outre qu'il est possible de recouvrir la surface cruentée avec le péritoine, ce qui est une garantie de plus, nous croyons cette voie très bonne et toute indiquée dans le cas de fistules vésico-utérines.

4^o *Voie transpéritonéo-vésicale de Legueu.* — Cette voie est destinée aux cas qui seraient voués à l'échec s'ils étaient traités par la taille sus-pubienne. Ce sont donc les fistules vésico-vaginales les plus difficiles à traiter qui sont destinées à guérir par cette méthode, à savoir : les fistules vésico-vaginales opératoires, c'est-à-dire toute fistule : *fire*, ne permettant ni abaissement par le vagin, ni accès facile par la vessie ; *haute*, située en arrière de la ligne inter-urétérale ou empiétant sur elle, sans toutefois descendre profondément sur le trigone.

Voici, en résumé, les avantages qu'offre cette voie pour le traitement des fistules vésico-vaginales telles que nous venons de les caractériser :

1^o La laparotomie médiane sous-ombilicale permet un accès large et facile sur la fistule ;

2^o Cet accès large permet de se rendre compte des adhérences toujours possibles avec des organes voisins au fond du bassin, et de les libérer ;

3^o Le décollement très large et la mobilisation du plancher vésical sont toujours possibles, permettant ainsi une suture soignée ;

4^o Quand les circonstances l'exigent, il est facile de libérer la partie inférieure des uretères et de les mettre hors de danger ;

5° La suture est facile, toujours facile sur la vessie mobilisée et, dans la grande majorité des cas, sur le vagin aussi;

6° L'interposition du péritoine entre les deux organes assure la guérison;

7° La durée de l'opération est abrégée.

* * *

La vessie traitée avant l'opération, les urines rendues claires et aseptiques autant que possible, la vessie bien vidée au moment de l'intervention, le champ opératoire bien protégé, en somme toutes les précautions habituelles en chirurgie abdominale réduisent, dans une très large mesure, les risques de péritonite. Au besoin, en cas d'infection à redouter, il est possible d'installer un drainage abdominal avec l'épiplooplastie.

CONCLUSIONS

I. — On peut traiter les fistules vésico-vaginales, ou bien par la voie basse, vaginale, ou bien par la voie haute, hypogastrique.

II. — Chaque fois que la fistule est basse ou facile à abaisser, et suffisamment éloignée des uretères, la voie vaginale est indiquée.

III. — Dans le cas de fistule inaccessible par la voie basse, et non opératoire, il faut avoir recours à la voie transvésicale de Trendelenburg. L'opération est longue et laborieuse.

IV. — Pour les fistules vésico-utérines, la voie transpéritonéale de Dittel-Forgue est tout à fait indiquée.

V. — Pour les fistules vésico-vaginales opératoires, la voie transpéritonéo-vésicale de Legueu donne toute garantie pour guérir la fistule, parce que :

1^o Elle donne un accès large à celle-ci;

2^o Elle permet de ménager les organes qui peuvent se trouver adhérents au voisinage de la fistule;

3^o Par la taille vésicale postérieure, elle permet de se rendre compte de la situation exacte de la fistule;

4^o Elle permet un dédoublement bien étendu;

5^o Elle permet d'éviter les uretères pris dans la masse cicatricielle;

6° Elle facilite la suture;

7° Elle permet l'interposition du péritoine entre les deux organes séparés, ce qui est d'une grande importance;

8° L'opération est moins longue, moins pénible;

9° Les précautions habituelles en chirurgie abdominale réduisent dans une très large mesure le risque de péritonite.

VI. — Elle est sans contredit la méthode la meilleure pour les fistules vésico-vaginales *hautes* et *fixes* que sont les fistules opératoires.. Elle est surtout la meilleure parce qu'elle travaille en dehors de la zone cicatricielle et que, grâce à elle, la vue contrôle toujours les progrès du dédoublement.

Il nous semble aussi qu'elle est destinée à donner de très bons résultats, et nous souhaitons que son emploi se généralise. Entre les mains d'un opérateur maître de sa technique, elle réussira à guérir les fistules vésico-vaginales presque incurables par d'autres procédés.

Vu : Vu :

Nancy, le 9 décembre 1922.

Nancy, le 9 décembre 1922.

Le Président de la Thèse :

Le Doyen :

VAUTRIN.

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 11 décembre 1922.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM.

MEMBRE DE L'INSTITUT.

BIBLIOGRAPHIE

BARDENHEUER. — Verschluss von sehr grosser vesico-vaginal Fisteln. — *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1891, p. 500

— XX^e Congress der deutschen Gesellschaft f. Chir. zu Berlin.

BAUMGARTNER. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, du 25 février 1920. — Discussion (Rapport de Marion).

BAUMM. — Zur Operation der Blasencervixfisteln in der Blase aus. — *Arch. f. Gynaek.*, 1890, Bd. xxxix, p. 492.

BERARD. — *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1845, t. x, p. 107.

BUDINGER. — Opération der ureternahen Blasenscheidenfistel vom abdominalen Ureterschnitt. — *Wiener, Klinische Wochenschrift*, 1921, n^o 2, p. 11.

CHAPUT. — Du débridement vulvo-vaginal. — *V^{le} Congrès de Chirurgie*, 1892, p. 618.

CHAPOY. — Traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de Broquehay. — *Thèse de Paris*, 1904-1905.

CORSCADEN. — A large inaccessible vesico-vaginal fistula followed by hysterectomy. — *Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago, 1920, xxxi, p. 195-197.

CATHLIN. — Fistules vésico-vaginales post-opératoires guéries par inversion endovésicale avec sondage permanent de deux uretères. — *Journ. d'Urol. Méd. et Chir.*, Paris, 1919, viii, p. 49-53.

CAULK. — Urological treatment of vesico-vaginal fistulae. — *South. M. J.* Birmingham, 1920, xiii, p. 116.

- CHUTE. — A suggestion for the post operative care of vesico-vaginal fistulae. — *Tr. Am. Ass. Genito-Urin. Surg.* Baltimore, 1920, xiii, p. 71-78.
- CLARK. — Vesico-vaginal fistula. — *Progr. Med.*, Philad., 1921, II, p. 230-232.
- CASTAGNO. — Problemas a resolver en las fistulas vesico-uretre-vaginales. — *Semena méd.*, Buenos-Aires, 1920, xxvii, p. 596.
- CATES. — An operation for vesico-vaginal fistula; a case report. *Am. J. Surg.*, N.-Y. 1921, xxxv, p. 496.
- DITTEL. — Abdominales Blasenscheidenfisteln Operation. *Wiener, Klin. Wochenschr.*, 1893, p. 449.
- DOWMAN. — The utilisation of the transposed uterus for the cure of extensive vesico-vaginal fistula. — *Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago, 1920, xxx, p. 403-405.
- DEROUBAIX. — *Traité des fistules uro-génitales de la femme.* — Bruxelles, 1870.
- FAURE, F.-L. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, du 25 février 1920. — Discussion (Rapport de Marion).
- FORGUE. — De l'opération transpéritonéale dans le traitement des fistules vésico-utéro-vaginales. — *Revue de Gynec. et de Chir. abdominale*, t. x, 1906, p. 503.
— *Encyclopédie française d'Urologie* (Pousson et Desnos), t. iv, p. 677.
- FRANCEY. — Cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. — *Thèse de Paris*, 1913-1914.
- GOURVITCH. — La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales. — *Thèse de Paris*, 1911-1912.
- GALLO. — Contributio alla cura chirurgica della fistole vesico-vaginali. — *Gazz. méd. napolet.*, 1920, III, p. 99.
- JUDD. — The operative treatment of vesico-vaginal-fistulae. — *Surg. Gynec. et Obst.*, Chicago, 1920, xxx, p. 447.
- JOBERT DE LAMBALLA. — *Gazette méd. de Paris*, 1836, p. 193.
- KELLY. — Historique de la fistule vésico-vaginale. — XXXVII^e Congrès annuel de la Soc. Amér. de Gyn., Baltimore, 28-30 mai 1912.

- KLEIN (von). — Zur perperitonealen Operation schwer zugänglicher Blasenscheidenfisteln. — *Zentralbl. f. Gynaek.*, Leipzig, 1921, XLV, p. 672.
- KARLHAUSEN. — Des fistules vésico-vaginales. — *Soc. belge de Chir.*, 1921, p. 203.
- KLUMPER. — Sur le traitement des fistules vésico-génitales. — *Nederlandsch. Tijdschrift voor Geneeskunde.* Amsterdam, t. II, n° 7, 1922.
- LEGUEU. — La voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales. — *Arch. Urolog. de la Clinique de Necker*, 1914, t. I, p. 1.
- De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales. — *Ann. de Gynéc. et d'Obst.*, Paris, 1918-1919, XIII, p. 414.
- Traitement des fistules vésico-vaginales opératoires. — *J. d'Urol. méd. et chir.*, Paris, 1919, VIII, p. 193.
- De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XLV, 1919, p. 170.
- *Traité d'Urologie*, 1920.
- LAURENTIE. — Guérison d'une fistule vésico-vaginale par l'opération transpéritonéale de Dittel-Forgue, après échec de l'opération transvésicale de Trendelenburg. — In *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, séance du 23 novembre 1921, de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Toulouse.
- MARION. — Cure des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, t. XLVI, 1920, p. 331.
- MARION-SIMS. — *Amer. Journ. of med. Sciences*, 1852, janvier.
- NICOLIER. — De l'opération combinée abdomino-vaginale dans le traitement des fistules vésico-vaginales. — *Thèse de Lyon*, 1909.
- MAC KENZIE. — Vagino-vesical and utero-vesical fistulae. — *J. Urol. Balt.*, 1921, p. 61.

MICHAUD. — Contribution à l'étude du traitement des fistules vésico-utérines. — *Thèse de Lyon*, 1896.

MARTIN. — Etude sur le traitement opératoire de fistules vésico-vaginales, et en particulier sur leur traitement par le procédé de dédoublement. — *Thèse de Paris*, 1897.

NICOLIEFF. — La via transperitoneale nella cura della fistole vesico-utero-vaginali (Fistula juxta-cervicalis profunda). — *Riforma med.*, Naples, 1921, xxxvii p. 199.

PRISTAVESCO. — Contribution à l'étude des fistules vésico-vaginales. — *Journ. d'Urol.*, 1912, t. II, p. 321.

PETIT (J.-L.). — *Traité des maladies chirurgicales, etc.* — Paris, 1790, t. III, p. 87.

POUSSON. — De la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales. — *Commun. au VIII^e Congrès fr. de Chir.*, Paris, 10 oct. 1894, et *Archives provinciales de Chir.*, t. III, n° 12, déc. 1894.

RICCI. — L'opération de Dittel-Forgue dans les fistules vésico-utérines. — Com. au XXI^e Congr. de Soc. ital. d'Obst. et Gyn. Trieste, 9-11 oct. 1921, in *Riforma med.*, Naples, n° 48, novembre 1921.

ROCHARD. — *Histoire de la Chirurgie française au XIX^e siècle*, Paris, 1875.

ROCHET. — Quelques données de clinique et thérapeutique urinaires, 1906.

ROCHET et MULLER. — Fistule vésico-vaginale compliquée de participation urétérale à la fistule. — *Ann. des Maladies des org. gén.-urin.*, 1910, p. 1057.

SURIN. — L'opération des fistules vésico-vaginales par la voie transvésicale. — *Thèse de Lyon*, 1908-1909.

SACHS. — Ueber abdominale Operation hochsitzender Blasenervix fisteln. — *Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynaek.*, Berlin, 1921, LIX, p. 245.

TRENDELENBURG. — Über Blasenscheidenfistelnoperation und über Beckenhochlagerung bei Operationen in die Bauchhoele. — *Sammlung Klin. Vorträge*, n° 355, 1890.

— Zur operation der Blasenscheidenfistel von der Blase aus. — *Deutsch med. Wochenschr.*, 1892, n° 28, et *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1893, p. 973.

TWEEDY. — Cure of vesico-vaginal fistula by abdominal section. — *The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, t. XX, n° 2, août 1911.

VAN ROONHUYZEN. — Heeleonstige aanmerkingen betreffend de gebreken der Vrouwen. — Amsterdam, 1663-1672. Nuremberg, 1674 (en allemand). et Londres, 1776 (en anglais).

VAN HOOSSEN (Bertha). — The fundamental principle in successful operation for vesico-vaginal fistula. — *Med. Woman's J.*, Cincin., 1921, XXVIII, 144.

VIOLET et MURARD. — *Lyon-Chir.*, 1912, p. 144.

VIDAL DE CASSIS. — Oblitération de l'orifice du vagin pour le traitement de la fistule vésico-vaginale. — *Ann. de la Chir. franç. et étrang.*, 1844, p. 208.

WARD. — The operative technic employed in the closure of an extensive vesico-urthro-vaginal fistula. *Rep. Surg. Staff. Women's Hosp.*, N.-Y., 1921, p. 125.

WEIGMANN. — Ueber Blasen fisteln und Blasenferletzungen. — *Zeitschrift f. Gynaek. Urol.*, Leipzig, 1921, v, p. 119.

ZWEIFEL. — Die abdominale Operation hochsitzender Blasenscheiden und Blasengebaermutterfisteln. — *Monatschr. f. Geburtsch. u. Gynaek.*, Berlin, 1920, VIII, 3-12.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5
PREMIÈRE PARTIE.....	9
Chapitre I. — Historique.....	9
Chapitre II. — Anatomie topographique. Anatomie pathologique.....	15
Chapitre III. — Etude clinique :	
1 ^o Symptômes.....	25
2 ^o Diagnostic.....	27
3 ^o Pronostic.....	31
DEUXIÈME PARTIE.....	33
Chapitre I. — Technique opératoire.....	33
Chapitre II. — Observations.....	39
Chapitre III. — Discussion. Indication de chaque procédé.....	59
CONCLUSIONS.....	75
BIBLIOGRAPHIE.....	77

